

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 103

LE
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
SURVENANT APRÈS LA MÉNOPAUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 22 décembre 1934

PAR

Lionel-Georges-René MAILLOT

Élève du Service de santé de la marine

Né à BREST (Finistère) le 17 août 1908

Examineurs de la Thèse	}	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>	
		PAPIN, professeur	}	
		CHARRIER, agrégé.....		<i>Juges.</i>
		LOUBAT, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR
6, Place Saint-Christoly

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 103

LE
CANCER DU COL DE L'UTÉRUS
SURVENANT APRÈS LA MÉNOPAUSE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le samedi 22 décembre 1934

PAR

Lionel-Georges-René MAILLOT

Élève du Service de santé de la marine

Né à BREST (Finistère) le 17 août 1908

Examineurs de la Thèse	}	MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
		PAPIN, professeur	<i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé	
		LOUBAT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ
Y. CADORET, DELMAS, SUCESSEUR
6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESEUR : M. GUYOT.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS,
SELLIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale.....	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale.....	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique.....	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	GARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUILH.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHEYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale).
R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	CHARRIER.
id.....	DUFOUR.	id.....	LOUBAT.
Physiologie.....	FABRE.	Obstétrique.....	RIVIÈRE.
Médecine générale.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Physique médicale.....	WANGERMEZ.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DE GRAILLY.	Oto-rhino-laryngologie.....	DESPONS.
id.....	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.....	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Pharmacie chimique.....	VITTE.
Pathologie médicale.....	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Accouchements.....	PERY.		

Ophtalmologie..... MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.



A MON PERE ET MA MERE

A MA FEMME

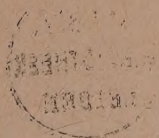
A MON ONCLE

LE DOCTEUR Y. THIELEMANS

A TOUS LES MIENS

A LA FAMILLE LESCOAN DU PLESSIX

A MES AMIS, A MES CAMARADES DE L'ECOLE



A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES DUBOURG

Chef de clinique chirurgicale à la Faculté.

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL CAZAMIAN

*Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DE 2^e CLASSE BRUN

*Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales.
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

A MES MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MES JUGES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique chirurgicale et gynécologique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse.

Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre gratitude pour le bienveillant accueil que nous avons reçu dans son service et l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider ce travail.

LE

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

SURVENANT APRÈS LA MÉNOPAUSE

INTRODUCTION

Nous ne nous proposons pas de traiter dans sa totalité la question du cancer du col après la ménopause; nous nous sommes simplement efforcé d'étudier ici dans quelles mesures les états ménopausiques et post-ménopausiques peuvent influencer l'évolution du pronostic et du traitement de ce cancer, en comparant celui-ci ainsi envisagé au cancer du col utérin chez la femme jeune en période d'activité génitale.

Regaud fixe de 35 à 55 ans les deux décades les plus frappées par le cancer du col; Pozzi estime que de 40 à 50 ans s'observe le pourcentage maximum, soit 34,2 p. 100, de 3.471 cas de cancer du col relevés dans la littérature médicale; Daily, aux Etats-Unis, en 1931, reprenant ces statistiques, fixe de 40 à 50 ans les pourcentages à 32 p. 100 de 2.181 cas enregistrés, et établit comme âge optimum : l'âge moyen de 48 ans 16. Cet âge est sensiblement celui de la ménopause que différents auteurs placent : Schafer

de 45 à 49 ans, Cotte de 45 à 50, Roger de 46 à 50 avec maximum à 48 ans, Norris, d'après 200 cas, de 41 à 54 ans, avec maximum à 49 ans.

Nous pouvons dire que le cancer du col de l'utérus est un cancer apparaissant, non comme le prétendait cette notion ancienne, exclusivement à la ménopause, mais de préférence et le plus souvent à cette époque.

Peut-être la ménopause, de date d'ailleurs si variable, mais qui suscite de telles transformations dans l'organisme de la femme comme dans son appareil génital, n'est-elle pas sans influence sur le cancer du col utérin qui, comme nous l'avons vu, est alors plus fréquent.

Ainsi, d'après les statistiques établies et comme nous le verrons plus loin, le cancer du col est plus fréquent à la ménopause, et sa fréquence, bien qu'assez élevée dans les années qui suivent immédiatement la ménopause, va en diminuant à mesure que l'âge s'éloigne de cette période. N'est-ce pas là un cas particulier de cette loi générale qui montre les cancers d'autant moins évolutifs que le sujet est plus âgé. Au point de vue fréquence, il existe donc deux périodes, l'une d'augment avant la ménopause, l'autre de décroissance après la ménopause. Dans celle-ci, la diminution progressive du nombre des cas observés correspond-elle à des variations, et dans la nature et dans l'évolution des cancers cervico-utérins, ou plutôt dans la nature des tissus dans lesquels ces cancers se développent ?

Nous avons divisé notre travail comme suit :

- I. — Etiologie et pathogénie.
 - II. — Anatomie pathologique.
 - III. — Etude clinique.
 - IV. — Pronostic et évolution.
 - V. — Traitement.
 - VI. — Observations.
 - VII. — Conclusions.
-

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nombreuses sont les hypothèses et théories modernes sur l'étiologie et la pathogénie du cancer; nous ne retiendrons à ce point de vue et dans ce chapitre que les principales causes, et favorisantes et occasionnelles, du cancer du col utérin.

La prédisposition particulière à la cancérisation du col de l'utérus a été attribuée à sa riche innervation. Il est en effet admis que 95 p. 100 des cancers frappent les organes à innervation sympathique prédominante. Le col utérin possède un très abondant plexus de fibres sympathiques avec de véritables ganglions nerveux et, de plus, des fibres de la sensibilité et de la motricité générale.

A cette cause prédisposante de l'innervation viennent s'ajouter les causes occasionnelles, et de l'âge et des états précancéreux.

Daily fixe à 48 ans 16 l'âge optimum pour l'éclosion du cancer; envisageant dans des décades successives les variations du cancer, il observe avec Pozzi un pourcentage maximum de 40 à 50 ans, le premier de 32 p. 100, le second de 34,2 p. 100. Dans le tableau suivant, nous résumons pour les autres décades les divers pourcentages obtenus par ces deux auteurs :

	Pozzi	Daily	Pozzi	Daily	
30 à 40	22,2 %	18,5 %	28,5 %	24,6 %	50 à 60 ans.
20 à 30	3,3 %	3,34 %	14,3 %	9,8 %	60 à 70 ans.
0 à 20	0,05 %		2,44 %		70 à 80 ans.
				5,5 %	
			0,18 %		80 à 90 ans.

Nous établissons ci-dessous un tableau de pourcentage des cas observés après la ménopause, d'une part d'après 130 cas relevés à Paris en 1912, d'autre part d'après des cas relevés par nous à Bordeaux.

	Paris 1912 130 cas.	Hôpital Boursier Service du Profess ^r Guyot 1929-1933 14 cas.	Hôpital St-André Service du Profess ^r Bégouin 1925-1933 17 cas.	Bordeaux 31 cas.
A la ménopause et	—	—	—	—
un an après.....	31 cas 24 %	3 cas 21 %	4 cas 23 %	7 cas 22 %
10 ans après.....	96 cas 76 %	10 cas 71 %	13 cas 77 %	23 cas 75 %
10 à 20 ans après..	24 cas 18 %	4 cas 29 %	4 cas 25 %	8 cas 25 %

La moyenne des statistiques donne 65 p. 100 des cancers du col avant la ménopause, 35 p. 100 après; comparons à ces chiffres les résultats obtenus d'après le tableau suivant :

	Service du Professeur Guyot 1929-1933	Service du Professeur Bégouin 1925-1933	Total
En tout.....	37 cas	47 cas	84 cas
Avant la ménopause.	23 cas 62 %	23 cas 49 %	55 %
Après.....	14 cas 38 %	24 cas 51 %	45 %

Concluons en disant que l'âge électif, ou mieux l'âge le plus touché, est l'âge de la ménopause; que l'on enregistre plus de cas de cancers cervico-utérins avant qu'après, et que dans cette deuxième période il y a trois fois plus de cancers dans les dix années après la ménopause que dans les dix années suivantes.

Nous sommes obligé de reconnaître que, mise à part cette notion importante de l'âge de la femme dans l'apparition du cancer, nous n'avons pas trouvé d'autres causes favorisantes qui soient directement imputables à la ménopause ou à la période post-ménopausique. Cependant, parmi ces causes favorisantes nous ne pouvons passer sous silence la métrite du col. Nous savons que du point de vue anatomo-pathologique les glandes de l'endomètre subissent une hypertrophie et une hyperplasie notables. L'épithélium cylindrique prolifère intensément, devient papillaire et tomenteux. A un stade plus accentué se constitue l'adénome, qui peut

soit s'extérioriser (polype), soit se développer en profondeur, prêtant alors à confusion avec le néoplasme endocervical. Cet épithélium cylindrique se caractérise par sa multiplication (clivage des noyaux) et la présence de mucus dans les cellules, cette multiplication peut être une première étape vers la dégénérescence carcinomateuse, que caractérisent des figures de karyokinèse, coïncidant avec la disparition progressive du mucus. Une des lésions les plus caractéristiques de la métrite cervicale est l'ectropion muqueux situé au niveau du museau de tanche, il figure une ulcération dont d'ailleurs il diffère histologiquement, son revêtement épithélial cylindrique peut dégénérer soit comme nous l'avons vu précédemment, soit après métaplasie épidermoïde de type vaginal. Signalons également que la métaplasie épidermoïde (déjà état précancéreux) peut auparavant subir deux processus hyperplasiques : d'une part la leucoplasie, qui histologiquement se caractérise par l'apparition dans le corps muqueux de cellules à éléidine et leur transformation cornée; d'autre part son extension dans la profondeur. A ces modifications se surajoutent des modifications et des vaisseaux et du stroma. Dans celui-ci, les petites cellules à noyau ovalaire s'hypertrophient et se multiplient prenant le type embryonnaire.

Nous avons signalé toutes ces modifications, non pour prendre parti dans l'étude des rapports de la métrite et du cancer du col, nous savons que cette question a été très longtemps controversée, mais nous tenons à faire remarquer que c'est surtout à l'époque de la ménopause que se rencontrent ces petits ectropions et polypes muqueux et que, d'autre part, les modifications vasculaires qui sont à ce moment très importantes ne peuvent que favoriser les processus néoplasiques et leur dissémination.

C'est ainsi que l'on peut observer des lésions métritiques accompagnées de symptômes tels que tout d'abord l'idée de cancer du col utérin se pose, la biopsie tranche le diagnostic; cependant, les lésions observées, l'âge de la malade, peu-

vent créer un tel état suspect, une telle prédisposition au cancer, qu'il est admissible de conseiller alors une intervention.

Nous en apportons un exemple dans les observations suivantes recueillies au Centre anticancéreux dans le Service de M. le Professeur Réchou.

OBSERVATION I.

(Fondation BERGONIÉ. Observation n° 28.072.)

Il s'agit d'une malade, Mme C..., âgée de 59 ans, ménopausée depuis une dizaine d'années; on ne relève rien dans ses antécédents, en particulier génitaux, sinon dix grossesses et accouchements normaux.

Depuis un an, la malade a vu apparaître des pertes roussâtres non fétides, peu abondantes et continuelles, puis apparaissent des pertes sanglantes minimales s'accompagnant de quelques douleurs dans le bas-ventre, avec irradiations lombaires, et sur le trajet du sciatique.

A l'examen, pratiqué le 10 février 1928, au toucher vaginal, on se trouve en présence d'un col irrégulier et petit; tous les culs-de-sac vaginaux sont souples; l'examen au spéculum révèle une muqueuse souple d'apparence et la présence d'un bourgeon central. On conclut à un épithélioma endo-cervical au premier degré.

Une biopsie est pratiquée; M. le Professeur Sabrazès répond : « Adénome végétant; peut-être stade pré-épithéliomateux; *en tout cas, il vaut mieux intervenir étant donné l'âge de la malade.* »

On pratique successivement par la suite, et un traitement curiethérapique d'une durée de huit jours, la dose reçue étant de 64 m.c.d., et un traitement radiothérapique d'une durée de huit jours, 4 champs, dose par champ, 2.000 r.; par séance, 1.000 r.; totale, 8.000 r.

La malade est revenue pour la dernière fois le 15 octobre 1929 en bon état général et local.

OBSERVATION II.

(Fondation BERGONIE. Observation n° 33.171.)

Cette malade est envoyée au Centre anticancéreux par le Docteur Nard, parce qu'elle a eu une petite métrorragie, avec caillots suivie de pertes roussâtres peu abondantes et non fétides.

Agée de 54 ans; a été ménopausée à 45 ans; autrement, rien à signaler dans les antécédents. L'examen est pratiqué le 1^{er} juin. Toucher vaginal qui ramène du sang et inspection au spéculum, cette dernière révélant au niveau de l'orifice du museau de tanche un polype; l'hystérométrie est impossible; cet examen conclut à un épithélioma sans doute cervico-corporeal avec double paramérite.

La biopsie est faite par M. le Professeur Sabrazès. Réponse : « Adénome glandulaire, pas de polystratification. Stroma analogue à celui de la muqueuse ».

Après roentgenthérapie, l'hystérométrie devient possible; on procède alors à un traitement curiethérapique. La malade quitte le service le 19 juillet et est revue pour la dernière fois le 7 septembre de la même année en très bon état.

OBSERVATION III.

(Fondation BERGONIE. Observation n° 33.193.)

Cette malade, Mme B., âgée de 55 ans, a été ménopausée à 50 ans. A 51 ans survient une violente métrorragie pour laquelle, ayant consulté un médecin, cette femme se refuse à entrer à l'hôpital. Des pertes sanglantes et peu abondantes ont fait depuis apparition, d'ailleurs irrégulièrement. Récemment, deuxième forte hémorragie qui l'amène au Centre anticancéreux.

A l'examen, pratiqué le 3 juin 1933, au toucher vaginal : col gros et bourgeonnant, culs-de-sac souples, corps utérin assez mobilé. Au toucher rectal : paramètres souples; on sent une très volumineuse saillie médiane. Au spéculum : tumeur polypoïde, sur-

gissant de la cavité cervicale, est étalée et surtout développée à gauche. Le canal endocervical est difficilement cathétérisable.

Biopsie : Polype adénomateux avec un stroma analogue au chorion : capillaires, vésicules, artérioles. Réactions inflammatoires à lymphocytes. Pas de polystratification des cellules, cellules à aspect mucipare.

On conclut à une formation polypoïde du col, et la malade est transférée dans le Service de M. le Professeur Chavannaz.

Au contraire, après la ménopause, on sait qu'il y a une transformation régressive du régime vasculaire de l'utérus; qu'à ce moment on constate, par exemple dans les fibromes, une condensation fibreuse de la masse, un arrêt du développement et une diminution du volume. Au point de vue de l'endométrie, le stroma devient fibreux. Ce rôle du stroma peut aussi s'observer dans la régression des tumeurs épithéliales. Aux modifications des cellules épithéliales, dont nous voyons baisser l'activité proliférante, tandis que s'affirme leur différenciation, correspondent des modifications du tissu conjonctif dont le fibroblaste, puis le collagène, augmentent. Le tissu conjonctif devient ainsi plus dense, parfois scléreux, tandis que les vaisseaux sanguins diminuent de nombre et de calibre. On conçoit également que de telles réactions puissent être provoquées ou favorisées par le radium ou la radiothérapie, réactions donc analogues à celles qui s'observent dans les squirrhes atrophiques du sein chez les vieilles femmes. Quant aux autres causes envisagées habituellement, telles les traumatismes, la leucoplasie, etc..., elles ne peuvent se rapporter aucunement à l'étude de cette question.

Nous laissons systématiquement de côté les cas de cancer évoluant sur col restant après hystérectomie subtotale et ayant donc créé une ménopause artificielle, ce qui ne saurait rentrer dans le cadre de ce sujet.

A l'hôpital Boursier, sur 14 malades, de 1929 à 1933, men-

tionnons seulement que toutes ont eu des enfants, et que trois seulement sont des primipares.

Nous relevons une proportion de 42 p. 100 d'antécédents métritiques; enfin, dans un cas seulement, nous relevons dans l'histoire de la malade l'emploi de cautérisations pratiquées au cours d'une endométrite, soit 7 p. 100 des cas.

Quant à la syphilis, nous constatons que toutes les réactions de Wassermann pratiquées ont été négatives.

Pour conclure, disons que chez toutes ces femmes on peut noter un ou plusieurs accouchements antérieurs; que la métrite pourrait très souvent être invoquée comme facteur précancéreux, beaucoup moins rarement les cautérisations, et qu'en aucun cas on ne relève un état syphilitique.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La classification histologique des cancers a pris aujourd'hui une grande importance du fait de la biopsie couramment pratiquée, et d'autre part en raison des variations pour les diverses formes ou de leur évolution, ou de leur sensibilité plus ou moins grande aux rayons X.

Le revêtement épithélial du col de l'utérus se présente sous deux formes : 1° dans la portion canalaire, la muqueuse est tapissée par un épithélium cylindrique et occupée par des glandes à revêtement également cylindrique; 2° dans la portion vaginale, la muqueuse possède un épithélium pavimenteux stratifié.

Aux dépens de l'épithélium cylindrique peut se développer l'épithélioma cylindrique ou adénome malin; aux dépens de l'épithélium pavimenteux, l'épithélioma ou baso-cellulaire (tubulé), ou spino-cellulaire (lobulé), ou intermédiaire.

Egalement, nous pouvons observer des épithéliomas pavimenteux dans la région endo-cervicale, l'épithélium ayant subi auparavant le phénomène de métaplasie pavimenteuse; de même, des épithéliomas cylindriques se développent au niveau de la portion vaginale du col en des points ayant subi la métaplasie cylindrique, en particulier au niveau d'érosions métriques : c'est l'adéno-carcinome.

Ces diverses formes du cancer du col utérin se trouvent réparties dans les proportions suivantes, qui ont été relevées

tant au Centre anticancéreux de Toulouse qu'au Centre anticancéreux de Bordeaux.

	Toulouse.	Bordeaux.
Baso-cellulaire	22,7 p. 100	43,2 p. 100
Spino-cellulaire	33,6 p. 100	17,1 p. 100
Intermédiaire	5,1 p. 100	24,3 p. 100
Cylindrique	7,1 p. 100	2,5 p. 100
Mixte	7,3 p. 100	0,5 p. 100
Atypique	14,4 p. 100	

D'ores et déjà, disons que chacune de ces variétés est plus ou moins sensible à l'action des rayons X, la radio-sensibilité des tissus est encore mal fixée; cependant, nous pouvons fixer par ordre de radio-sensibilité décroissante les cancers suivants : tout d'abord, l'adéno-carcinome, les épithéliomas glandulaires en général, puis les épithéliomas cylindriques, enfin les épithéliomas pavimenteux, les baso-cellulaires étant légèrement plus radio-sensibles que les spino-cellulaires.

En fixant les diverses variétés histologiques auxquelles appartiennent les cancers de cette période post-ménopausique d'après des observations relevées à l'Hôpital Boursier, à l'Hôpital Saint-André et au Centre anticancéreux de Bordeaux, nous obtenons les pourcentages suivants :

Baso-cellulaire, 70 p. 100;
 Spino-cellulaire, 12 p. 100;
 Intermédiaire, 10 p. 100;
 Cylindrique, 6 p. 100;
 Atypique, 2 p. 100;

En comparant les résultats ainsi obtenus à ceux du tableau précédent, relatif aux diverses variétés histologiques de ce même cancer, en général, nous constatons, après la ménopause : une forte augmentation des baso-cellulaires, une diminution moins marquée des spino-cellulaires et une augmentation des cylindriques.

III

ETUDE CLINIQUE

Du point de vue clinique, il nous semble opportun d'envisager séparément ce cancer avant la ménopause et après la ménopause; cette distinction nous paraît légitime, si l'on considère la question du diagnostic précoce du cancer cervico-utérin. Ce diagnostic précoce se fonde, en effet, sur la constatation de petites métrorragies; les hémorragies de la ménopause peuvent donc compliquer singulièrement ce problème.

Le cancer du col de l'utérus après la ménopause. — L'histoire de ce cancer est absolument banale; chez une femme ménopausée, par exemple, depuis cinq ou six ans, de petites pertes de sang apparaissent souvent insignifiantes, et il faut tenir pour suspecte une petite tache rouillée tachant la chemise et survenant après des efforts ou traumatismes (défécation, injection, coït); à ce moment, il faut rapidement poser le diagnostic et ne pas attendre des signes plus marqués (telle la triade classique : hémorragies profuses, douleurs, pertes abondantes et fétides), signes qui annoncent des lésions plus profondes. Il est rare qu'à ce moment, par le toucher, le diagnostic de cancer du col ne s'impose pas; le plus souvent, on le diagnostiquera facilement sous diverses formes cliniques, ou bourgeonnantes, ou ulcérantes, ou infiltrées (dans cette dernière forme, le col est épaissi et hypertrophié).

La biopsie ne sera utile que pour fixer ou la forme histologique, ou la variété endo-cervicale au début, pour laquelle le curettage biopsique peut être quelquefois d'une absolue nécessité. Le doigt apprécie également la mobilité, l'envahis-

sement des paramètres, surtout par le toucher rectal, et suivant les cas on s'inquiétera d'une propagation possible aux autres organes, propagation que l'on mettra en évidence par des examens cliniques ou des examens spéciaux.

Peut-être ici peut-on signaler plus fréquente que chez les jeunes une pyométrie, car, dans des cols devenus fibreux, l'évolution d'un cancer, et en particulier d'une forme endocervicale ou interstitielle, peut s'opposer, à un certain moment, à l'écoulement des sécrétions de la muqueuse utérine et se traduire par un peu de fièvre et la perception d'un corps utérin un peu gros, un peu mou, un peu sensible. Prenons-en comme exemple une observation que nous avons recueillie au Centre anticancéreux.

Mme B..., âgée de 48 ans, ménopausée depuis deux ans (ménopause douloureuse et difficile), a présenté, il y a cinq mois, de petites pertes sanglantes continuelles; après trois semaines, des pertes blanc verdâtre font leur apparition; elles sont très fétides et irritantes. La malade consulte alors le Docteur P..., de Pau, qui l'envoie à la Fondation Bergonié. L'examen pratiqué révèle un épithélioma interstitiel du col, sans doute au troisième degré; on constate, en effet, un col infiltré, présentant une ulcération superficielle et un orifice difficilement dilatable.

La biopsie pratiquée révèle des lésions de métrite glandulaire et un épithélioma baso-cellulaire assez envahissant.

Le lendemain, on pratique une pose utéro-vaginale de radium, mais cinq jours après la malade fait une poussée thermique intense; on enlève alors le radium; la fièvre s'accompagne d'une volumineuse tuméfaction abdominale; M. le Professeur Chavannaz, appelé, diagnostique une pyométrie sus-isthmique. On traite la malade par de la septicémine intraveineuse, glace sur le ventre.

Le diagnostic est donc dans ce cas en général facile; l'existence des métrorragies chez une femme post-ménopausique peut faire penser, en dehors du cancer du col, qui en est alors la cause la plus habituelle, par ordre de fréquence, au cancer

du corps, aux métrites, aux fibromes, aux cancers des ovaires, aux polypes du col.

Nous n'insisterons pas sur la question du cancer du col coïncidant avec la venue de la ménopause, mais cette question toutefois peut obscurcir le diagnostic, puisque, normalement, il existe à cette époque des métrorragies qui peuvent, ou bien faire passer à côté d'une lésion qui existe, ou faire croire à un épithélioma qui n'existe pas. Ces difficultés proviennent de l'histoire de la malade; celle-ci présente à ce moment de fortes métrorragies pour lesquelles on pense à un état ménopausique banal et qui, en réalité, sont symptomatiques d'un cancer du col au début; mais, en règle générale, les hémorragies physiologiques de la ménopause ne sont pas provoquées et sont plus abondantes que les hémorragies du cancer du col; quoi qu'il en soit, nous insistons sur la nécessité du toucher, et l'observation suivante recueillie au Centre anticancéreux en est un exemple.

Il s'agit d'une malade de 49 ans qui voit ses règles devenir irrégulières depuis six mois. Il y a deux mois, elle fit une forte hémorragie avec caillots. Son médecin, appelé, le Docteur Fournier, de Bègles, lui prescrit des injections. Il y a huit jours, deuxième hémorragie; le docteur Fournier l'envoie au Centre anticancéreux.

A l'examen, on diagnostique un gros épithélioma ulcéré bourgeonnant, s'étendant sur la paroi vaginale et saignant fortement à l'examen, épithélioma qui se trouve être, à la biopsie pratiquée par M. le Professeur Sabrazès, un adéno-épithéliome cylindrique d'origine glandulaire, avec mitoses peu nombreuses, stroma assez lâche et peu de lymphocitose.

Au point de vue physique, le toucher, au début, peut quelquefois ne pas donner les résultats escomptés, car ces cols « qui saignent » sont souvent très ramollis, et le doigt peut laisser échapper la lésion suspecte. Enfin, la biopsie paraît l'ultime ressource, l'examen au spéculum étant insuffisant la plupart du temps; et cependant cette biopsie peut ne pas apporter toute la lumière désirable. Citons, à l'appui de cette

thèse, le cas suivant, qui a fait l'objet d'une communication, le 14 mars 1933, à la Société d'Obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, de M. le Professeur Bégouin et que nous résumons ici.

Il s'agit d'une malade de 47 ans, dont les règles avaient disparu depuis deux mois. Puis survient une forte métrorragie rebelle à tous les traitements. Le Docteur Estradère, appelé, diagnostique, en présence d'un col mou et entr'ouvert, une fausse couche avec rétention placentaire. Le Docteur Mahon est alors consulté, pose après examen, le même diagnostic, de plus, pratique un curettage utérin, qui ramène non du placenta, mais des débris de muqueuse exubérante; ceux-ci sont recueillis à fins d'examen anatomo-pathologique en même temps qu'un fragment du col prélevé en un point suspect.

La malade est alors présentée, le 2 mars, à la visite du Professeur Bégouin; elle ne saigne plus, mais demeure très anémiée; à l'examen génital, on se trouve en présence d'un col entr'ouvert, très mou, et à ce point de vue analogue à un col utérin à la fin de la grossesse; enfin, la réponse de l'examen pratiqué par le Professeur Sabrazès est : « épithélioma baso-cellulaire avec cellules cancéreuses aberrantes dans la sous-muqueuse du corps. »

Après transfusion sanguine chez cette malade, cinq jours plus tard, un Wertheim est pratiqué et parfaitement supporté.

On relève dans l'histoire de la malade l'apparition de petites pertes sanguines tachant la chemise depuis quelques mois.

M. le Professeur Bégouin conclut en disant : « Ces pertes et la toute petite ulcération qui a été envoyée à la biopsie ont dû constituer l'ensemble de la symptomatologie de son cancer. Mais celle-ci a été submergée par l'abondante métrorragie — certainement prémonitoire de la ménopause — du 10 au 26 février, qui doit être responsable de cette mollesse du col qui a fait songer à une grossesse. »

IV

PRONOSTIC ET EVOLUTION

La durée moyenne d'évolution du cancer abandonné à lui-même est fixée, selon les données classiques, à dix-huit mois, deux ans, au bout desquels, après avoir passé par les phases successives de début, d'envahissement et de cachexie, les malades succombent surtout à des complications, parmi lesquelles les complications rénales sont les plus fréquentes.

Par contre, nous pouvons observer ou une diminution de cette durée, tel est le cas du cancer aigu de West, carcinome survenant chez des femmes jeunes; ou une augmentation; citons alors dans ces dernières formes à évolution lente, les formes fibreuses, telles des squirrhes, évoluant en particulier chez des femmes âgées, donc post-ménopausiques, et dans ces variétés de cancer du col, le ralentissement de l'évolution est dû à la réaction fibreuse du stroma et à la diminution concomitante de l'activité épithéliale.

Pour apprécier les variations possibles de cette évolution avant et après la ménopause, nous avons, dans les tableaux suivants, enregistré les divers cas de cancer du col relevés, d'une part à l'Hôpital Boursier, dans le Service de M. le Professeur Guyot, de 1929 à 1933, d'autre part à l'Hôpital Saint-André, dans le Service de M. le Professeur Bégouin, de 1925 à 1933; nous mentionnons, à partir de la venue de la malade dans le service, et l'époque approximative à laquelle nous pouvons fixer les signes de début, et le degré observé en même temps à ce premier examen.

Notons, pour conclure, que les différents degrés, dont le

pronostic est habituellement fonction, sont pour le cancer du col survenant après la ménopause comme pour le cancer du col en général, par ordre de fréquence, le II^e, III^e, I^{er}, puis IV^e degré. Il ne semble pas, d'après les résultats des tableaux ainsi établis, qu'il y ait une différence notable et constante dans l'évolution de ce cancer envisagé à chaque degré dans les deux périodes pré et post-ménopausiques.

Hôpital Saint-André (Service de M. le professeur BÉGOUIN).

	Avant la ménopause		A la ménopause		Après la ménopause	
	Début	Degré	Début	Degré	Début	Degré
1925 : 12 cas.						
12.....	4 mois	1 ^{er}	—	—	—	—
15.....	—	—	6 mois	3 ^e	—	—
16.....	—	—	—	—	3 mois	2 ^e
20.....	2 mois	2 ^e	—	—	—	—
27.....	—	—	—	—	4 mois	2 ^e
34.....	1 an	1 ^{er}	—	—	—	—
36.....	—	—	—	—	6 mois	1 ^{er}
38.....	—	—	—	—	1 an	3 ^e
65.....	—	—	—	—	2 mois	3 ^e
77.....	8 mois	3 ^e	—	—	—	—
94.....	—	—	—	—	6 mois	3 ^e
180.....	8 mois	3 ^e	—	—	—	—
1925 : 7 cas.						
212.....	—	—	1 mois	2 ^e	—	—
259.....	2 ans	3 ^e	—	—	—	—
307.....	1 an	3 ^e	—	—	—	—
309.....	3 à 7 mois	3 ^e	—	—	—	—
330.....	—	—	—	—	2 mois	1 ^{er}
343.....	2 mois	1 ^{er}	—	—	—	—
9.....	—	—	Après hystérectomie : 10 mois ?			
1927 : 6 cas.						
89.....	2 ans	3 ^e	—	—	—	—
110.....	—	—	5 mois	2 ^e	—	—
110 b.....	1 mois	1 ^{er}	—	—	—	—
126.....	1 mois	4 ^e	—	—	—	—
127.....	1 mois	4 ^e	—	—	—	—
138.....	—	—	—	—	2 mois	1 ^{er}
1928 : 2 cas.						
247.....	1 an	1 ^{er}	—	—	—	—
225.....	9 mois	2 ^e	—	—	—	—
1929 : 2 cas.						
16.....	—	—	—	—	2 ans	2 ^e
105.....	—	—	—	—	6 mois	1 ^{er}

	Avant la ménopause		A la ménopause		Après la ménopause	
	Début	Degré	Début	Degré	Début	Degré
1930 : 7 cas.						
152.....	—	—	3 mois	1 ^{er}	—	—
166.....	—	—	—	—	4 mois	3 ^e
188.....	—	—	—	—	1 an	2 ^e
190.....	—	—	0	1 ^{er}	—	—
196.....	—	—	—	—	6 mois	3 ^e
202.....	—	—	—	—	3 mois	1 ^{er}
267.....	—	—	4 mois	2 ^e	—	—

1931 : 7 cas.						
311.....	6 mois	2 ^e	—	—	—	—
314.....	—	—	—	—	6 mois	1 ^{er}
327.....	2 ans	3 ^e	—	—	—	—
340.....	—	—	—	—	1 an	3 ^e
20.....	3 mois	2 ^e	—	—	—	—
47.....	—	—	—	—	3 mois	2 ^e
88.....	3 mois	1 ^{er}	—	—	—	—

1932 : 2 cas.						
141.....	—	—	—	—	1 an	3 ^e
174.....	11 mois	3 ^e	—	—	—	—

1933 : 3 cas.						
331.....	3 mois	1 ^{er}	—	—	—	—
339.....	3 mois	1 ^{er}	—	—	—	—
360.....	2 ans	3 ^e	—	—	—	—

Regaud : 150 cas.

Total : 47 cas.

4 ^e degré.....	16, soit 33 %	10 %
2 ^e degré.....	12 » 25 %	36 %
3 ^e degré.....	17 » 37 %	44 %
4 ^e degré.....	2 » 4 %	10 %

A et après la ménopause : 24 cas.

1 ^{er} degré.....	8, soit 33 %
2 ^e degré.....	8 » 33 %
3 ^e degré.....	8 » 33 %
4 ^e degré.....	0 » 0 %

Avant la ménopause :

Au 1 ^{er} degré, début de 1 mois à 1 an,	en moyenne 4 mois 1/2.
Au 2 ^e degré, » 2 mois à 9 mois,	» 5 mois.
Au 3 ^e degré, » 5 mois à 2 ans,	» 1 an 3 mois,
Au 4 ^e degré, » » »	1 mois. (p)

A et après :

Au 1 ^{er} degré, début de 2 mois à 6 mois,	en moyenne 4 mois
Au 2 ^e degré, » 1 mois à 2 ans,	» 7 mois.
Au 3 ^e degré, » 2 mois à 2 ans,	» 7 mois.

Hôpital Boursier (Service de M. le professeur Guyot).

	Avant la ménopause		A la ménopause		Après la ménopause	
	Début	Degré	Début	Degré	Début	Degré
1929 : 6 cas.	—	—	—	—	—	—
29-032.....	5 ans p	4 ^e	—	—	—	—
109.....	—	—	—	—	5 mois	2 ^e
184.....	—	—	—	—	3 mois	3 ^e
199.....	10 mois	2 ^e	—	—	—	—
266 B.....	—	—	—	—	1 an 1/2	3 ^e
1930 : 9 cas.						
30-027.....	—	—	—	—	2 mois 1/2	3 ^e
028 S.....	—	—	—	—	p	2 ^e
077.....	4 mois	3 ^e	—	—	—	—
080.....	4 mois	1 ^{er}	—	—	—	—
094.....	1 an	2 ^e	—	—	—	—
095.....	2 ans	3 ^e	—	—	—	—
188.....	2 mois	2 ^e	—	—	—	—
196.....	7 mois	2 ^e	—	—	—	—
248.....	5 mois	1 ^{er}	—	—	—	—
1931 : 4 cas.						
31-090.....	11 mois	1 ^{er}	—	—	—	—
138 M.....	—	—	—	—	3 mois	3 ^e
142 B.....	—	—	—	—	4 mois	3 ^e
143 G.....	—	—	—	—	5 ans p	3 ^e
1932 : 7 cas.						
32-061.....	—	—	3 mois	2 ^e	—	—
126.....	2 mois	2 ^e	—	—	—	—
137.....	3 mois	2 ^e	—	—	—	—
213.....	6 mois	3 ^e	—	—	—	—
223.....	—	—	—	—	7 mois	3 ^e
224.....	3 mois	3 ^e	—	—	—	—
225-A.....	—	—	—	—	4 mois	2 ^e
253.....	4 mois	3 ^e	—	—	—	—
1933 : 8 cas.						
33-001.....	1 mois	2 ^e	—	—	—	—
020.....	6 mois	3 ^e	—	—	—	—
092.....	3 mois	3 ^e	—	—	—	—
099.....	(5 ans)	2 ^e	—	—	—	—
106-B.....	—	—	—	—	6 mois	3 ^e
161-B.....	—	—	—	—	6 mois	3 ^e
162-B.....	—	—	—	—	(7 mois)	2 ^e
162-P.....	—	—	—	—	4 mois	2 ^e
172.....	(5 ans p)	3 ^e	—	—	—	—

Total 34 cas :				Regaud 150 cas
I.	3 cas	9 %		10 %
II.	14 cas	41 %		36 %
III.	16 cas	47 %		44 %
IV.	1 cas	3 %		10 %

A et après la ménopause :

I.	0 cas	0 %
II.	6 cas	43 %
III.	8 cas	37 %
IV.	0 cas	0 %

Avant la ménopause :

I.	Début de 4 à 11 mois en moyenne.....	5 mois
II.	Début de 1 mois à 1 an en moyenne.....	5 mois 1/2
III.	Début de 3 mois à 2 ans en moyenné....	7 mois
IV.		1 an

A et après

I.		
II.	De 3 à 4 mois en moyenne.....	4 mois.
III.	De 2 mois à 1 an en moyenne....	7 mois.
IV.		

Total Bordeaux :

Regaud	En général	Après la ménopause
I. 10 %	(19 cas) 23 %	(8 c s) 11 %
II. 36 %	(26 cas) 32 %	(14 cas) 47 %
III. 44 %	(33 cas) 41 %	(16 cas) 42 %
IV. 10 %	(3 cas) 3 %	(0 cas) 0 %

TRAITEMENT

La thérapeutique du cancer du col après la ménopause ne mérite pas, du point de vue technique, de description spéciale. La lecture des observations recueillies, en particulier dans le service de M. le Professeur Guyot, nous a permis de constater que la thérapeutique oscillait entre les agents physiques et la chirurgie. Nous rappellerons brièvement les points principaux de ces diverses méthodes et nous envisagerons ensuite et les résultats, et les indications.

Méthodes thérapeutiques chirurgicales.

C'est évidemment à l'opération de Wertheim que l'on s'adressera, opération qui, comme on le sait, est une hystérectomie étendue enlevant avec l'utérus une grande partie du vagin et une grande partie des paramètres.

Nous rappelons que cette opération nécessite une préparation spéciale qui consiste en une désinfection soignée du néoplasme (injections, curettage, curiethérapie pré-opératoire). Après quoi, l'on procède à l'opération décrite par Lécène après Wertheim; après laparotomie, et sans faire à la façon de Duval un premier temps vaginal, on procède à l'hystérectomie, dont le point capital est la dissection des uretères en dehors desquels on va lier l'artère utérine et non l'artère hypogastrique, comme le faisaient les premiers chirurgiens. La vessie ayant été au préalable relevée, le point ennuyeux est la ligature des vaisseaux se rendant au cordon vésical.

Après résection des ligaments utéro-sacrés, on peut attirer fortement l'utérus, ce qui permet de sectionner le vagin très bas. La question du drainage est commandée par le tempérament du chirurgien (J.-L. Faure met systématiquement des Mickulicz), en particulier pour éviter la souillure possible du champ opératoire lors de l'ouverture du vagin. D'une façon générale, on préfère largement drainer par le bas en faisant un cloisonnement colpo-vésical à la Chaput. Nous n'insisterons pas sur les incidents opératoires, hémorragies, blessures des uretères, de la vessie, du rectum, et attribuables peut-être à des indications opératoires trop audacieuses; mais nous signalerons comme causes de mortalité, la péritonite, la cellulite (15 p. 100 des cas, suivant les statistiques), et les incidents post-opératoires, tels que les fistules urinaires, ne sont pas exceptionnels. A cette technique ainsi schématisée, les divers chirurgiens n'ont apporté que peu de variantes, comme en témoignent les communications faites à la Société de chirurgie en 1932. Il nous faut cependant signaler les efforts de Leveuf qui, sans être partisan des opérations trop complètes, telles ces évidements pelviens pratiqués par Jonnesco, conseille de rechercher l'envahissement possible et fréquent, affirme-t-il, du ganglion moyen de la chaîne iliaque ou ganglion du nerf obturateur et auquel, pour cette raison, l'auteur a donné le nom de ganglion principal. Quant aux opérations employées à titre palliatif contre la douleur, opération de Cotte ou résection du nerf présacré et sympathectomie périartérielle hypogastrique, nous ne ferons que les mentionner.

Les opérations portant sur le sympathique pelvien sont au nombre de trois : l'opération de Leriche ou sympathectomie hypogastrique; l'opération de Cotte ou résection du nerf présacré; l'opération de Dupont et Dalsace ou résection des nerfs de l'ovaire. Les deux premières sont surtout pratiquées et l'opération de Cotte est de préférence employée. Nous ne traiterons pas la question de sa technique; disons simplement que son indication est la douleur, qu'elle est à ce point de vue généralement efficace, que sa gravité est nulle. Méthode uti-

lisée, comme dans les observations III et XII, pour des cas de cancers du col avancés, elle peut aussi, chez d'autres malades qui ont subi l'opération de Wertheim, succéder à celle-ci dans la même séance opératoire.

Les agents physiques.

Nous ne parlerons ici que des agents physiques employés isolément et n'envisagerons pas l'association chirurgie et curiethérapie. Cette association, longtemps utilisée par Gosset et récemment défendue par son élève Monod, n'a pas rallié d'une façon générale les suffrages, et des chirurgiens, et des radiothérapeutes, malgré les bons résultats enregistrés. La curiethérapie, au contraire, paraît de plus en plus employée, plus acceptée par les malades, qui la préfèrent à un acte chirurgical dont elles connaissent le risque plus important. Pour la même raison, cette curiethérapie a été préconisée en France par Regaud et ses élèves, pour lesquels elle constituerait la méthode de choix. La technique de l'irradiation est actuellement basée sur l'étude des courbes d'isodoses, et une bonne curiethérapie doit tendre à l'établissement de doses homogènes à l'égalisation des doses superficielles et profondes; une correcte utilisation nécessite une étude particulière dans la disposition, le nombre, la contenance des appareils radifères, dans leur temps de pose également.

Il est trois méthodes d'applications : ou application utéro-vaginale, ou application intrapéritonéale, c'est encore la télécuriethérapie. Dans la méthode utéro-vaginale, la plus utilisée, le radium est placé au voisinage des lésions néoplastiques par le moyen d'appareils de caoutchouc type pessaire, dont le plus courant est le pessaire de Nabias. L'adjonction à celui-ci d'un ou de plusieurs tubes intra-utérins améliore considérablement le rendement et surtout donne une irradiation plus homogène. Quant à la question de temps d'application, on est d'accord actuellement pour considérer qu'il ne faut pas dépasser les doses de 50 à 60 millicuries détruites, notation

qui ne permet pas de déduire la dose reçue dans les divers points de la tumeur, il faut aussi tenir compte de la répartition, du nombre, de l'orientation des tubes. Suivant la quantité de radium employée, on laissera l'ensemble du système plus ou moins longtemps, par exemple dix à quinze jours, pour 20 à 30 milligrammes de radium. Actuellement, il semble qu'on doive enregistrer une tendance à augmenter les doses en restreignant les durées d'application, méthode employée à l'Institut du radium à Paris et dont les résultats ont été publiés par Regaud.

A l'étranger, le mouvement se fait en faveur des applications curiethérapiques en plusieurs séances; telle est la technique suivie au Radiumhemmet de Stockholm, comme l'indique Heymann dans son rapport, en 1930, à la Commission du cancer de la Société des Nations.

Nous ne ferons que mentionner et la méthode d'irradiation par voie intrapéritonéale, à laquelle on a aujourd'hui renoncé, et la télécuriethérapie, employée seulement dans quelques grands centres, car elle nécessite des quantités considérables de radium.

Actuellement, à la curiethérapie est associée la radiothérapie pénétrante, la curiethérapie n'allant pas jusqu'aux paramètres; la radiothérapie empêchant la généralisation cancéreuse, d'après Regaud, apporterait plus de chances d'un résultat définitif. Sans vouloir parler des résultats, disons que cette curiethérapie, si bénigne en apparence, peut être à l'origine de graves complications, l'acte opératoire du curetage, destiné à faire la place au radium, peut entraîner la blessure d'une artère importante, l'utérine entre autres, blessure qui peut tuer si l'on n'est pas outillé pour intervenir. D'autre part, après la pose du radium, des accidents graves toxémiques peuvent se développer du type septicémie, qui peut être mortelle ou type pelvi-péritonite; localement, les pyométries peuvent se développer; citons enfin des séquelles, tels les rétrécissements du rectum (Jeanneney et Vangermez).

Résultats.

Il est certain que si l'étude des résultats nous apprenait qu'une méthode est supérieure à l'autre, le choix des indications opératoires serait singulièrement modifié, chirurgie et curiethérapie donnant, après cinq ans, un pourcentage de guérisons à peu près analogue. Il semble que dans les cas opérables après ce délai de cinq ans, les auteurs soient d'accord pour fixer un pourcentage de guérisons qui oscille de 40 à 45 p. 100.

Pour les cas III et IV, la question, actuellement, ne se pose pas. Pour le cas II, c'est généralement à la curiethérapie qu'il faut s'adresser. Pour le cas I, la question reste ouverte. A la chirurgie on objecte sa grande mortalité, mais le pourcentage s'abaisse cependant chez des chirurgiens entraînés à une telle opération, tel J.-L. Faure qui cite une série de 150 cas sans mort.

D'autre part, les récidives après cinq ans sont rares chez les malades traitées chirurgicalement, ne le sont pas chez les malades traitées par les agents physiques.

La curiethérapie n'a pas justifié non plus sa réputation de complète bénignité; parmi tous les cas, à l'encontre de Regaud lui-même, il est 10 p. 100 de cancers radio-résistants. Enfin, la radiothérapie pénétrante post-curiethérapique serait moins apte que la chirurgie à découvrir un ganglion principal envahi.

Toutes ces raisons, et tenant compte des 10 p. 100 des cas vis-à-vis desquels la curiethérapie est inefficace, font que la plupart des chirurgiens de notre époque préfèrent utiliser la chirurgie dans les limites que nous avons indiquées précédemment.

Indications opératoires.

Les indications opératoires découlent en grande partie de ce que nous venons d'exposer; on utilisera la chirurgie, d'une façon exceptionnelle, après la ménopause, du fait que l'on

trouve des sujets d'autant moins résistants qu'ils sont plus âgés, l'absence de tares étant le facteur essentiel indispensable pour que l'acte chirurgical soit efficace et ses risques atténués.

Comparons les différents cas observés dans le Service de M. le Professeur Guyot, de 1929 à 1933, avant et après la ménopause. Notre étude se bornera à celle des cas II et III, seuls observés dans les 14 observations relevées après la ménopause; cette nomenclature est très réduite et, par conséquent, nous ne pouvons en tirer que des conclusions très approximatives; nous avons, en effet, éliminé, et les observations diverses où un doute relatif aux indications subsistait, et les observations de malades qui, après traitement par les radiations, ne sont pas revenues se soumettre à des examens ultérieurs.

Nous les résumons dans le tableau suivant :

Avant la ménopause.	Après la ménopause.
II ^e DEGRÉ.	
Wertheim 1 cas.	2 cas.
Bonnes suites opératoires. Exeat deux mois plus tard en bonne santé.	1 ^{er} Bonnes suites opératoires. Exeat en bonne santé. 2 ^e Décès après l'opération.
Agents physiques et opérations de Cotte :	
Revus avant un an..... 4 cas.	2 cas.
Amélioration dans tous ces cas.	Amélioration dans tous ces cas
Revus au-delà d'un an.. 3 cas.	1 cas.
2 guérisons (après deux ans).	1 amélioration.
1 récurrence.	
III ^e DEGRÉ.	
Agents physiques et opérations de Cotte :	
Revus avant un an..... 4 cas.	3 cas.
2 cas : amélioration.	1 cas : amélioration.
1 cas : propagation utérine d'un néoplasme endocervical.	1 cas : complications locales. 1 cas : état stationnaire.
1 échec du traitement.	
Au-delà d'un an 0 cas.	2 cas.
	1 récurrence (deux ans après). 1 guérison (seize mois après).

De tout cela nous ne pouvons guère conclure que ce que nous avons déjà exposé, à savoir qu'après la ménopause les indications du Wertheim se trouvent très réduites, les radiations plus employées; il ne semble pas que l'on ait, dans ces cas si peu nombreux d'ailleurs, à enregistrer une différence bien notable suivant l'époque pré ou post-ménopausique dans les résultats des diverses thérapeutiques. Quoi qu'il en soit, au point de vue conditions locales, c'est surtout au degré II que l'on peut hésiter dans la conduite à tenir. Pour ces séries, l'absence de mobilité de l'utérus, l'empâtement des paramètres, orientent vers un traitement par le radium, mais on peut se demander si ces lésions ne sont pas uniquement d'ordre inflammatoire, et nous retenons plusieurs cas où la notion d'annexite a fait préférer le Wertheim à la curiethérapie; dans certains cas, pour la même raison, on a, avant la curiethérapie, pratiqué une hystérectomie subtotale préventive pour empêcher une poussée inflammatoire annexielle qu'aurait pu entraîner la mise en place dans la cavité utérine de tubes de radium. La fréquence de ces lésions inflammatoires motive donc, avant toute thérapeutique par le radium, au moins une laparotomie exploratrice. Pour les vieux cols avec métrite souvent concomitante, la dilatation reste quelquefois impossible et s'oppose à la pénétration de tubes de radium, et on doit alors se contenter d'un traitement curiethérapique incomplet ou lui substituer le traitement chirurgical.

VI

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Service de M. le Professeur Guyot, Clinique gynécologique de l'Hôpital A.-Boursier.)

R... (Marie), âgée de 50 ans, sans profession, entre, le 3 septembre 1929, dans le Service de M. le Professeur Guyot parce qu'elle perd du sang.

Elle avait cessé d'avoir ses règles à 46 ans. A partir du mois de mars dernier, vers la fin du mois, elle s'aperçut qu'elle perdait du sang en petite quantité. Vers le mois de juin, les pertes de sang augmentèrent et elle perdait alors abondamment tous les deux ou trois jours. Il y a huit jours, l'écoulement de sang a complètement disparu. La malade se présente le 3 septembre à la consultation avec une lettre du remplaçant du Professeur Petges. Après examen, le Docteur Villar décide son admission dans le Service.

Antécédents personnels. — Variole à 20 ans. Réglée depuis l'âge de 11 ans, règles peu abondantes, durée 1 jour. Mariée à 16 ans. Une fausse couche de 7 mois. Puis deux enfants, l'un meurt à 2 ans de choléra infantile, l'autre, actuellement âgé de 30 ans, est bien portant. Métrite à la suite du dernier accouchement qui a duré un an. Mari spécifique décédé il y a quatre ans.

Antécédents héréditaires. — Père de 78 ans vivant et bien portant. Mère, 72 ans, aveugle. Fille unique.

Opération (le 10 septembre 1929). — Opérateur : M. le D^r Loubat; 1^{er} aide : M. le D^r Villar; 2^e aide : M. Dudit; anesthésiste, M. Audit (éther-Ombredanne).

Température instruments : 187° C.

Durée de l'anesthésie : 1 h. 35 (10 h. 30 à 12 h. 5).

Durée de l'opération : 1 h. 20 (10 h. 50 à 12 h. 10).

Opération de Wertheim. Néo endocervical du col. Epithélioma baso-cellulaire; on trouve d'abord les annexes de chaque côté collées au petit bassin. Au ras des gros vaisseaux iliaques primitifs gauches, il existe une adénopathie manifeste semblant mobilisable et kystique. Excision des annexes, dissection du côté droit relativement facile. Cependant l'annexite est cause d'un peu de sclérose du paramètre. Dissection soigneuse de l'uretère jusqu'à la vessie. Hémostase parfaite de l'utérine loin de l'utérus. Du côté gauche, dissection beaucoup plus pénible; l'uretère est enserré dans un tissu cicatriciel et inflammatoire abondant qui permet difficilement de l'isoler. Dans ce tissu fibreux, tout près de l'utérus, on ouvre un point de lymphangite suppurée qui est soigneusement passé à l'iode. Pincement des utéro-sacrées au ras du rectum, section vaginale exsangue. Hémostase soignée. Deuxième temps, ablation du ganglion hypogastrique qui suppurait, se rompt au moment de l'ablation. Iodisation, mèche tassée dans le petit bassin; Mikulicz à 3 mèches sur le ventre. Fermeture en trois plans avec crins doubles.

Suites opératoires. — Choc extrême pendant trois jours. Pouls incomptable, état très grave. Amélioration progressive. Ablation des mèches le cinquième jour, ablation du sac le dixième jour. Suppuration abondante; on met la malade au Dakin. Le quatorzième jour, 24 septembre 1929, accidents de subocclusion (ventre très ballonné, souple, non douloureux, émission de gaz) que l'on traite par des entéroclyses profondes et répétées. Extrait de ricin quotidien. On n'obtient que quelques selles peu abondantes. Débâcle nette seulement le 2 octobre. Affaissement du ventre. Miction au lit. Etat général satisfaisant. La malade quitte le Service le 7 décembre 1929 en bon état.

Examens. — Biopsie : Epithélioma épidermoïde baso-cellulaire du col utérin. Examen d'un ganglion prélevé au cours de l'opération; métastase d'épithélioma pavimenteux (épithélioma épidermoïde).

OBSERVATION II.

(Service de M. le Professeur GUYOT, Clinique gynécologique de l'Hôpital A.-Boursier.)

Mme P..., 56 ans, sans profession, envoyée par le Docteur Despujols, de Barsac, pour métrorragies. Elle entre dans le Service du Professeur Guyot le 10 mars 1929.

La malade, qui est ménopausée depuis trois ans, n'avait pas perdu de sang depuis lors, lorsque depuis le mois de décembre dernier elle a commencé à perdre de très petites quantités, et d'une façon intermittente, d'un sang rouge, sans odeur. Ces pertes étaient provoquées par les injections. La malade n'y attache pas d'importance; cependant, vers le 13 février, elle va voir le Docteur Moulinié, de Bordeaux, qui lui conseille de consulter un chirurgien.

Le 7 mars, la malade, qui était au repos, est prise brusquement d'une hémorragie abondante de sang rouge. Elle se met aussitôt au lit et le Docteur Despujols, appelé, lui conseille d'entrer à l'hôpital. Pas de douleurs abdominales. Pas de température, mais un léger amaigrissement, diminution de l'appétit, des pertes blanches.

Rougeole dans l'enfance. Réglée à 10 ans; depuis, règles régulières, douloureuses, durant trois à quatre jours. Mariée à 20 ans. Première grossesse à 21 ans. Accouchement normal d'un enfant né vivant et bien portant. Troisième grossesse à 27 ans. Accouchement normal, enfant vivant et bien portant. A la suite de ce dernier accouchement, la malade fait une métrite qui est soignée par des pansements, des cautérisations, et tout rentre dans l'ordre.

A. H. — Rien à signaler.

Tension artérielle : Mx, 19; Mn, 8; Io, 2,5.

Examen (11 mars 1929). — Toucher vaginal profond, très large, à bout de doigt; on trouve un col dur et irrégulier, en partie détruit, fixé surtout à gauche; masse indurée dans le cul-de-sac latéral droit. Paramètre envahi des deux côtés, mobilité utérine très limitée. Le toucher provoque un gros écoulement de sang.

Toucher rectal négatif.

Appareil respiratoire : Pas de toux; submatité de la base droite.

Foie normal. Pouls à 90.

Le traitement médical est appliqué : glace, repos, injections vaginales, régime lacto-fructo-végétarien en raison du taux de l'urée sanguine, 0,67 plus que 0,28 le 3 avril, on modifie alors le régime en y ajoutant des viandes blanches, grillées. Pendant son séjour à l'hôpital, la malade n'a pas d'hémorragies en dehors des examens gynécologiques pratiqués. Le 13 avril, elle est transférée au Centre anticancéreux pour applications de radium.

Examens de laboratoire :

Examen anatomo-pathologique après biopsie. Réponse : Epithélioma baso-cellulaire.

Analyse du sang :

Taux de l'urée :

0 g. 67 p. 1.000 le 11 mars;

0 g. 20 p. 1.000 le 3 avril.

Bordet-Wassermann : Réaction négative (11 mars).

Hématologie complète (18 mars) :

Globules rouges, 3.700.000 par mm³;

Globules blancs, 20.000 par mm³;

Hémoglobine, 75 p. 100;

Valeur globulaire, 1,01.

Formule leucocytaire :

Poly neutro, 90;

Poly éosino, 1;

Poly baso, 0;

Lympho, 6;

Moyens mono, 2;

Grands mono, 1.

Analyse d'urine (13 mars) :

Sédiment, abondant;

Albumine, traces;

Glucose, 0;

Acétone, 0.

Fondation Bergonié (n° 29.127).

Examen (13 avril 1929). — Bon état général. Pas d'amaigrissement, pas de perte de l'appétit.

Toucher vaginal : Col légèrement bourgeonnant, extrêmement dur au toucher, forme endocervicale.

Spéculum : Col dévié à droite, semi-bloqué, col cathétérisable.

21 avril 1929 : Pose de radium :

1 tube intra-cervical, 10 10 10;

1 colpostat, 10 10;

D. H., 375 mcd;

D. J., 8 mcd.

26 avril 1929 : Ablation du radium; durée, 7 jours; dose totale, 56 mcd.

3 mai 1929-5 juin : Radiothérapie, 20 séances de 40 minutes; 4 champs : 2 abdominaux (droit et gauche); 2 sacrés (droit et gauche).

Dose par champ, 3.000 r.

Dose totale, 12.000 r.

9 juillet 1929 : Vagin très sclérosé. Disparition de toute néoformation. Pigmentation abdominale avec chute de l'épiderme. Peau très souple, pas de douleur.

10 septembre 1929 : Bon état local.

5 novembre 1929 : Pas de pertes; quelques douleurs. Par le toucher rectal on perçoit un gros col et un gros utérus un peu bosselé, dur, peu mobile. Paramètre souple des deux côtés. Malade à surveiller de près au point de vue de l'épithélioma endocervical.

Analyse d'urine (17 avril 1929) :

Albumine, 0 g. 20 par litre;

Sédiment avec très nombreuses hématies;

Nombreux leucocytes;

Quelques cellules.

OBSERVATION III.

(Service de M. le Professeur GUYOT, Clinique gynécologique
de l'Hôpital A.-Boursier.)

Mme B... (Marguerite), âgée de 55 ans, entre, le 14 juin 1929, envoyée par le Docteur Estradère, pour ulcération du col. La malade n'est plus réglée depuis deux ans; six mois après cette cessation des règles, la malade constate, à la suite d'une petite injection, une petite hémorragie qui cesse aussitôt. Trois semaines plus tard, un toucher pratiqué par son docteur provoque une nouvelle hémorragie qui dure vingt-quatre heures. Puis, tous les deux ou trois jours depuis cette époque, la malade perd spontanément; son état ne s'améliorant pas, elle vient consulter le Professeur Guyot qui lui conseille d'entrer à l'hôpital.

B... (Marguerite) n'a jamais été malade. Elle a été réglée à 14 ans; depuis, règles normales; présente toujours des pertes blanches. Mariée à 20 ans, a eu deux enfants et trois fausses couches. Son mari est mort de phtisie galopante à 31 ans. Enfants bien portants. Père mort à 74 ans du cancer dit des fumeurs. Mère morte d'un cancer à la matrice.

Opération (2 juillet 1929). — Opérateur : M. le Prof. Guyot; 1^{er} aide : M. le Dr Villar; 2^e aide : M. H. Alty; anesthésie au Schleich par M. Audit.

Température : des gants, 121°; des compresses, 132°; des instruments, 189°; des champs, 140°.

Durée de l'opération : 27 minutes.

Résection du nerf présacré, incision sous-ombilicale médiane.

Premier temps : Exploration de l'utérus et des paramètres, le paramètre gauche est très envahi, très infiltré, ainsi que le paramètre droit; celui-ci, d'ailleurs, un peu moins. On juge un Wertheim impossible, malgré une certaine mobilité de l'utérus. On décide alors de pratiquer une opération de Cotte. On est obligé d'attendre un instant, la malade ne dormant pas suffisamment. On incise alors le péritoine postérieur qui couvre l'origine des deux artères iliaques primitives et des uretères droit et gauche. On dis-

sèque alors l'espace cellulaire de la région et l'on résèque en deux fois des filets nerveux qui sont recueillis pour être examinés; on voit alors en avant de la veine cave inférieure un petit ganglion qui est enlevé aux fins d'examen. On péritonise en bourse le péritoine postérieur. Fermeture du ventre sans drainage. L'anesthésie est bonne au cours de l'opération; on ferme la paroi en trois plans : surjet péritonéal, surjet aponévrotique, fermeture de la paroi aux crins; quatre fils métalliques intra-péritonéaux.

Le 28 juillet 1929, la malade est transatée dans le Service du Professeur Réchou pour un traitement radiothérapique.

Examens de laboratoires :

Urine (17 juin 1929) :

Sédiment, abondant;

Albumine, 0 g. 10;

Glucose, 0;

Acétone, 0.

Bordet-Wassermann : Réaction négative.

On analyse le sang : urée, 0 g. 15 p. 1.000.

Examen histologique : Recherche des filets nerveux :

1^{er} fragment de gaine des vaisseaux;

2^e fragment de nerf présacré;

3^e fragment de ganglion.

Les fragments examinés sont presque exclusivement formés par du tissu cellulaire lâche infiltré de sang. On y trouve de nombreux filets nerveux coupés suivant toutes les incidences et de toutes dimensions. Le ganglion lymphatique est normal et ne présente pas d'infiltration néoplasique. Pas d'envahissement néoplasique du tissu cellulaire.

Fondation Bergonié (n° 29.326).

Entre, le 28 juillet, dans le Service de M. le Professeur Réchou.

Examen général : Bon état, constipation opiniâtre.

Toucher vaginal : Gros col bourgeonnant, irrégulier, avec exten-

sion des bourgeons néoplasiques aux parois vaginales. L'examen provoque un écoulement sanguin assez important.

Toucher rectal : Montre le blocage à peu près complet de la tumeur avec extension aux deux paramètres.

Spéculum : Symphyse des culs-de-sac avec envahissement des parois vaginales empêchant de distinguer le col utérin. Cathétérisme impossible.

Conclusion : Epithélioma ulcéro-bourgeonnant du col utérin avec extension vaginale des deux paramètres.

Troisième degré avancé.

Traitement : Radiothérapie : 12 séances du 1^{er} août au 12; 4 champs : 2 abdominaux (droit et gauche); 2 sacrés (droit et gauche).

Dose par champ : 3.000 r.

Dose par séance : 1.000 r.

Dose totale : 12.000 r.

Exeat le 14 avril 1929.

17 septembre 1929 : Erythème desquamatif des téguments abdominaux après la radiothérapie. Plus de pertes, plus de douleurs, bon appétit.

Toucher vaginal : Vagin étroit, au fond duquel on perçoit un moignon de col encore un peu dur. Plus de paramètres. Col encore un peu suintant.

Toucher rectal : On perçoit un corps utérin gros, douloureux, fixé.

15 octobre 1929 : Radio-épidermite complètement cicatrisée. Bon état local. Le corps utérin semble avoir récupéré encore un peu de mobilité.

11 décembre 1929 : On sent encore quelques bourgeons au niveau du col ne saignant pas. Parois vaginales souples. Bon état général.

11 mars 1930 : Etat local et général satisfaisant. Cicatrice cervicale dure; les paramètres sont souples de part et d'autre. Le corps n'est pas augmenté de volume. Pas de pénétration endo-utérine.

2 mars 1931 : La malade, qui est présentée à la consultation de Boursier par le Docteur X..., est renvoyée à la Fondation Bergonié parce qu' « elle présente actuellement une métastase

ganglionnaire de Troisier. De plus, il existe au fond de son vagin un infundibulum induré et ulcéré qui saigne au contact et spontanément ».

5 mars 1931 : A l'examen :

Toucher vaginal : Col extrêmement dur. Paramètre peu souple; corps utérin difficilement mobilisable. Métastase ganglionnaire de Troisier.

Spéculum : Au fond du vagin, on trouve une cicatrice indurée et ulcérée qui saigne spontanément.

24 mars 1931 : La malade part chez elle, mais continue ses séances du 24 mars au 18 avril 1931.

Radiothérapie : 16 séances de 60 minutes; 4 champs abdominaux (droit et gauche); 4 champs sacrés (droit et gauche).

OBSERVATION IV.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme C... (Marie), âgée de 58 ans, cultivatrice, entre, le 9 juillet 1930, salle 1, parce qu'elle perd du sang. Ménopausée depuis trois ans et ayant toujours été réglée normalement, est malade depuis deux mois et demi, a des pertes. Pertes de sang rouge lorsqu'elle se fatigue, pertes rosées continuellement, même au repos au lit; ces pertes n'ont pas d'odeur. Aucune douleur ni locale ni irradiée. Pas d'amaigrissement, mais une grande fatigue générale. Pas de maladies, pas de fausses couches, trois grossesses menées à terme : trois enfants, dont l'un meurt à 2 mois. Mère morte d'une tumeur à l'estomac.

Examen. — Au toucher vaginal, col bourgeonnant ulcéré, saignant au moindre contact. La mobilité utérine est à peu près normale. Le cul-de-sac droit est souple, le cul-de-sac gauche est infiltré sur une assez grande étendue. Au toucher rectal, l'infiltration du paramètre gauche est beaucoup plus nette; bloquant le petit bassin dans toute cette région, pas de douleur en ce point.

Le 12 juillet, biopsie. On prélève un fragment de col au niveau de la commissure gauche. Résultat le 17 juillet : Epithélioma de type spino-cellulaire.

Transeat le 27 juillet chez le Professeur Réchou.

Analyse d'urine : Rien à signaler.

Fondation Bergonié (n° 30.406).

Examen (30 juillet 1930). — Bon état général.

Toucher vaginal : Col bourgeonnant, irrégulier, à orifice entrouvert, déchiqueté, les parois vaginales sont envahies, surtout à gauche. Légère infiltration du paramètre des deux côtés. Il persiste une certaine mobilité utérine. En résumé, épithélioma ulcéro-bourgeonnant du col utérin.

Troisième degré au début.

Biopsie : Réponse du laboratoire : Epithélioma du type intermédiaire avec quelques globes cornés. Dans certains points réaction fibroblastique, nappes hémorragiques. En d'autres endroits, réactions lymphocytaires, conjonctive marquée (R...).

Analyse d'urine :

Albumine, 0,05;

Sédiment avec nombreux leucocytes;

Rares hématies;

Rares oxalates de chaux.

Le 1^{er} août 1930 : pose de radium :

Une sonde intracervicale : 10 10 10;

Un colpostat : 10 10.

Laissés en place sept jours.

Le 8 août, ablation :

Dose journalière : 8 mcd;

Dose totale : 56 mcd.

Du 14 août au 3 septembre, traitement par la radiothérapie : 16 séances de 60 minutes; 4 champs : 2 abdominaux (droit et gauche); 2 sacrés (droit et gauche).

Dose par champ : 3.000 r.

Dose totale : 12.000 r.

11 décembre 1930 : Excellent état local et général.

12 mai 1931 : Bon état local. Souplesse vaginale avec symphyse.

Le paramètre paraît souple dans le toucher rectal. Pas d'hémorragie. Quelques signes de rectite.

OBSERVATION V.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme S..., 50 ans, sans profession, entre dans le Service de M. le Professeur Guyot, le 12 juin 1930, pour des métrorragies.

Cette femme, ménopausée depuis l'âge de 46 ans, était auparavant bien réglée et n'a jamais été malade. Actuellement, elle a des pertes rosées, fluides et sentant mauvais, pertes qui ne s'accompagnent ni de douleurs ni de sensation de pesanteur dans le bas-ventre. Pas de modifications de l'état général, pas d'amaigrissement.

Deux grossesses, l'une à 20 ans, l'autre à 30. Enfants actuellement vivants et bien portants. Jamais de fausses couches. Ménopausée à 46 ans.

Examen. — Au toucher vaginal, col présentant des végétations friables et saignant au contact; les culs-de-sac ne sont pas envahis. Le toucher rectal montre l'intégrité des paramètres. Exeat le 23 juin 1930. Transfert à Saint-André pour le traitement par le radium.

Examen de laboratoire. — Biopsie. Réponse : Epithélioma atypique.

Analyse du sang : urée, 0 g. 50 p. 1.000.

Analyse d'urine :

Albumine, traces;

Glucose, traces.

Fondation Bergonié (n° 30.332).

Examen (23 juin 1930) :

Toucher vaginal : Col bourgeonnant, irrégulier, en chou-fleur, avec les culs-de-sac libres. Légère infiltration à droite. La tumeur est mobile.

Toucher rectal : Montre un paramètre souple.

En résumé, épithélioma bourgeonnant du col utérin à la limite de l'opérabilité. Troisième degré au début.

Biopsie : Epithélioma baso-cellulaire; mitoses assez nombreuses procédant par larges nappes (Sabrazès).

Analyse d'urine :

Albumine, 0,04;

Glucose, 0;

Acétone, 0;

Sédiment avec très nombreux leucocytes;

Débris épithéliaux;

Rares hématies.

27 juin 1930 au 4 juillet 1930 : Curiethérapie. Une sonde intracervicale : 10 10 10; un colpostat : 10 10; D. J. : 8 med.

Du 8 juillet au 26 juillet 1930 : Radiographie : 15 séances; 4 champs : 2 abdominaux; 2 sacrés.

Dose par champ : 3.000 r.

26 octobre 1934 : La malade revient à la Fondation Bergonié, envoyée par son médecin, le Docteur Roumazeilles, pour des troubles vagues de nature digestive.

Examen local. — Toucher vaginal : Montre un aspect cicatriciel du fond du vagin avec diaphragme presque complet.

Parfaite mobilité, pas de douleurs.

OBSERVATION VI.

(Service de M. le Professeur Guyot.)

Mme M..., 67 ans, entre, le 6 mars 1934, dans le Service du Professeur Guyot pour douleurs dans le bas-ventre et pertes de sang.

A été réglée à 13 ans; deux grossesses normales à 22 ans et 24 ans. Le deuxième enfant est mort de méningite. A été ménopausée à 50 ans. A 60 ans fut opérée au Tondou d'un kyste dentaire du maxillaire supérieur. Au mois de janvier dernier, la malade, qui n'avait plus de pertes de sang depuis la ménopause, est prise de douleurs dans le bas-ventre, douleurs qui s'accompagnent de petites pertes rouges. Ces pertes et ces douleurs ne

l'inquiètent pas d'abord. Mais bientôt les douleurs deviennent de plus en plus vives, siégeant dans le bas-ventre avec irradiation vers les reins, mais non vers les cuisses; douleurs apparaissant et disparaissant brusquement; elles durent environ une heure et s'accompagnent toujours de pertes sanguines, qui sont d'abord légères, quelques gouttes de sang, et deviennent de plus en plus abondantes. La malade perd alors du sang noirâtre mêlé à des caillots. Ces crises surviennent soit tous les trois ou quatre jours, soit même plusieurs jours de suite. Enfin, depuis deux mois, la malade se plaint d'une perte des forces accompagnée d'essoufflements, de palpitations, d'angoisse précordiale. Pas d'amaigrissement.

Examen : Col de consistance dure, non douloureux, à contours irréguliers et déchiquetés. La mobilisation du corps utérin est douloureuse et difficile. Les culs-de-sac vaginaux sont infiltrés, surtout le cul-de-sac latéral gauche. Après examen, le doigt ramène des glaires sanguinolents.

Le 18 mars 1931, exeat dans le Service du Professeur Réchou.

Fondation Bergonié (n° 31.115).

Examen (19 mars 1931) :

Toucher vaginal : Les pertes rouges ont disparu depuis cinq jours, quelques petites pertes blanches, jaunes, tachent le pansement, mais sans odeur caractéristique; douleurs survenant par crises. Gros col dur, irrégulier, bosselé, bourgeonnant; la tumeur s'est étendue aux culs-de-sac, surtout au cul-de-sac latéral gauche, au cul-de-sac antérieur. Les autres parois vaginales sont souples, l'utérus n'est pas bien mobilisable, le doigt ne ramène pas de sang.

Toucher rectal : Ne montre rien d'anormal; la paroi antérieure, en particulier, est bien souple, aucune masse n'y bombe. Extension au paramètre gauche.

20 mars 1931 : Biopsie. Réponse du Laboratoire le 31 mars : Epithélioma baso-cellulaire. Réaction fibreuse du stroma. Mitoses peu nombreuses.

21 mars 1931, 11 heures : Pose de radium :

1 tube intracervical : 10 10;

1 bouchon : 40 mcd;

1 colpostat : 10 10;

D. H. : 375 mcd;

D. J. : 8 mcd.

22 mars 1931 : Ablation du radium :

Dose totale : 56 mcd.

Durée totale : 7 jours.

6 avril 1931 : Début de Rœntgenthérapie : 18 séances de 60 minutes, 6 champs : 3 abdominaux médian (droit et gauche); 3 sacrés médian.

29 avril 1931 : Exeat.

30 juin 1931 : Paroi vaginale encore un peu indurée ainsi que la paroi gauche; malade encore en pleine réaction.

OBSERVATION VII.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mlle G..., âgée de 58 ans, cuisinière, est envoyée par le Docteur Aubac; elle entre dans le Service du Professeur Guyot, le 22 janvier 1931, parce qu'elle a perdu du sang plusieurs fois.

Née à terme, nourrie au sein et au lait de vache. Régée à 15 ans, règles douloureuses. A l'âge de 20 ans, avait du sang deux fois par mois. Ménopausée à 45 ans. Pas de maladies infectieuses durant le jeune âge et l'adolescence. Gripes, prédisposition aux rhumes. Emphysème sans grosse dyspnée. En 1914, phlébite gauche, alitement de trois mois. Adipose : 37 kilos à 20 ans; 69 à 58 ans. Arthritisme. Douleurs rénales : polyurie et dépôts d'urates. A 22 ans, un enfant du sexe féminin mort-né; accouchement au 9^e mois, sans complications. Pertes blanches, abondantes, intermittentes, tachant le linge, sans odeur caractéristique, et disparues depuis la ménopause. Père mort à 62 ans, paralysé; mère morte à 81 ans de rhumatisme.

Ménopausée depuis treize ans; en 1928 (c'est-à-dire il y a cinq ans), la malade constate qu'elle a perdu très peu de sang. L'examen du Docteur Aubac pratiqué immédiatement amena au toucher du sang. Injection à l'eau oxygénée.

En octobre 1929, deuxième écoulement, plus abondant que la première fois, sans caillots ni douleurs. Le Docteur Aubac envoie la malade au Professeur Guyot qui conseille l'hospitalisation.

Depuis cette époque, la malade constata la présence d'un tout petit peu de sang lorsqu'elle urinait et à l'occasion des efforts à la selle (la malade est très constipée). Léger œdème malléolaire le soir à droite, plus marqué à gauche. L'appétit se conserve moyen et la malade a tendance à augmenter de poids. Quelques douleurs le soir dans le bas-ventre, calmées par le repos. Pas de coliques néphrétiques.

Examen. — Malade de forte corpulence, facies coloré. Pouls : 80. Température : 37°2.

Appareil circulatoire : Tension : Mx, 19; Mn, 6; Io, 2.

Appareil pulmonaire : Auscultation : Rhoncus et sibilances dans l'étendue des deux poumons, nombreux râles de congestion aux bases.

Toucher vaginal : Vagin scléreux qui n'admet qu'un doigt, toute la partie profonde est infiltrée, dure, avec de petites nodosités; au fond, à bout de doigt, on sent un col irrégulier avec des nodules durs. Les culs-de-sac sont supprimés. Le corps utérin est difficile à percevoir, mais de volume normal. Le toucher n'est pas douloureux.

Traitement : Repos, révulsion.

24 janvier : Biopsie. Réponse du Laboratoire : Epithélioma baso-cellulaire.

30 janvier : La malade n'a pas de pertes sanguines. Etat pulmonaire nettement amélioré à gauche.

6 février : Toucher vaginal : Mêmes résultats.

Appareil pulmonaire :

Auscultation hémithorax gauche : Dégagé; quelques râles;

Auscultation hémithorax droit : Rhoncus, sibilances sur toute la hauteur.

Râles sous-crépitaunts très abondants, surtout à la toux.

11 février : Toucher vaginal : Sans changement. La malade ne perd plus du tout depuis son entrée à l'hôpital, soit depuis vingt jours.

Appareil pulmonaire : Côté gauche, complètement dégagé.

Appareil pulmonaire : Côté droit, quelques râles.

Respiration rude, emphysémateuse; rien par ailleurs.

Exeat le 16 février.

Examen. — Bordet-Wassermann, négatif; urée du sang : 0,30/p. 1.000.

Fondation Bergonié (n° 31.062).

19 février 1934 : Début radiothérapique :

A la séance, la malade commence à se plaindre de l'estomac après le repas du matin, deux heures environ après.

A la troisième séance, la malade vomit, le matin à jeun, de la bile; depuis, la malade souffre de l'estomac, vomit quelquefois.

La malade a déjà eu plusieurs atteintes, depuis 1918, de coliques hépatiques (douleurs à droite s'irradiant dans l'épaule); à l'heure actuelle, signe de Murphy nettement positif. Traitement de 11 séances de radiothérapie du 19 février au 15 mars : 4 champs : 2 abdominaux; 2 sacrés.

Dose par champ : 3.000 r.

Dose par séance : 3.000 r.

4 mars 1934, 10 heures : Pose de radium :

1 sonde intracervicale : 10 10;

1 colpostat : 10 10;

D. H. : 300 mcd/h;

D. J. : 6,4 mcd;

Dose totale : 57,6 mcd.

A partir du premier jour de la pose du radium, la malade fait une ascension thermique à 38 degrés tous les soirs avec rémissions matinales. Le pouls est continuellement à 110. La malade tousse

et crache gris. Elle se plaint de brûlures continuelles dans le petit bassin avec paroxysmes en urinant et en allant à la selle.

Examen pulmonaire. — La percussion montre un point douloureux en avant sur la partie médiane au niveau de la 4^e côte. Ce point n'est pas douloureux quand la malade respire. Les vibrations passent bien; quelques râles sibilants. Le foie est gros, signe de Murphy nettement positif. La palpation de l'abdomen révèle une zone douloureuse dans la partie droite du petit bassin.

13 mars 1931 : Ablation du radium :

Dose totale : 57,6 mcd.

20 mars 1931 : Malade partie parce que fatiguée, et on ne la revoit plus.

OBSERVATION VIII.

(Service de M. le Professeur Guyot.)

Mme B., entre, le 19 janvier 1931, à l'Hôpital Boursier parce qu'elle a perdu plusieurs fois du sang. Réglée à 15 ans normalement. Mariée à 26 ans. Ménopausée à 50 ans (à ce jour, douze ans). Une grossesse avec accouchement normal (fille bien portante, 33 ans). Pas de fausses couches. Rhumatisme à 28 ans; pas de complications au cœur. Quelques légères gripes et épistaxis. Pertes blanches moyennement abondantes et d'odeur forte depuis son mariage. Lumbago dont les douleurs semblent calmées, depuis quatre mois, coïncidant avec l'apparition des hémorragies. Mère morte à 45 ans de néphrite. Père mort à 77 ans. Une sœur morte de paralysie.

Le 15 septembre, la malade remarque que ses linges sont tachés de sang. Petite perte de sang, durant quatre jours.

Les 10 octobre, 20 novembre, 10 décembre, nouvelles hémorragies, sans douleur du bas-ventre, un peu plus abondantes, quelques caillots. Pas de pertes roussâtres. La malade continue ses occupations. Le 18 décembre, le Professeur Jeanneney parle de polype et de radium (p). La malade accepte d'entrer à l'hôpital le 19 janvier 1931, Service de M. le Professeur Guyot.

La malade se présente, en bon état général; cependant elle a un peu maigri. L'appétit resté conservé. Pas d'œdème aux membres inférieurs. La malade ne souffre pas, peut s'occuper sans garder le lit. Tension artérielle : Mx, 17; Mn, 8; Io, 5.

3 février 1931 : Toucher, palper, gros col très irrégulier, surtout au niveau de sa lèvre postérieure où l'on sent plusieurs nodules de consistance dure. Les culs-de-sac droit et antérieur sont souples et profonds. Le cul-de-sac gauche est moins profond, mais non infiltré. Le cul-de-sac postérieur est un peu induré. Le corps utérin est un peu dévié à gauche et un peu gros, sa mobilisation est possible et non douloureuse.

Toucher rectal : Montre une paroi rectale antérieure dont la souplesse est conservée même à bout de doigt.

Appareil respiratoire : A l'auscultation, on trouve un foyer de râle fins à la base gauche, sur une étendue de deux travers de doigt environ.

Traitement : Ventouses et toni-cardiaques.

Le 3 février, à l'examen au spéculum et au toucher, on trouve un col malade avec envahissement du cul-de-sac latéral droit et du cul-de-sac postérieur. Le col, du côté droit, est détruit; du côté gauche, persiste, induré; cette surface ulcérée saigne peu au contact. La question du traitement est réservée, mais après nouvel examen, on se décide en faveur du radium plutôt que d'un Wertheim.

Le 6 février, à l'auscultation, foyer de râles à la base gauche, ventouses et cataplasmes.

Le 9 février, pas de modification du foyer de râles à droite.

Le 16 février, exeat au Service de M. le Professeur Réchou.

Examen :

Anatomo-pathologique :

Epithélioma massif de type probablement baso-cellulaire;

Sang : Réaction de Bordet-Wassermann négative;

Urée : 0,15 p. 1.000;

Urines : Albumine : 0,04.

Fondation Bergonié (n° 31.063).

Entre, le 17 février, dans le Service de M. le Professeur Réchou.

Le 20 février : Pose de radium :

1 colpostat : 10 10;

1 tube intracervical : 10 10 10;

D. M. : 375 mcd/h;

D. J. : 8 med.

27 février 1931 : Ablation du radium; la malade va mieux.

3 mars 1931 : Début de traitement radiothérapique.

28 mars : Roentgenthérapie : 16 séances de 60 minutes;
4 champs : abdominaux (droit et gauche); sacrés (droit et gauche).

Dose par champ : 3.000 r.

Dose totale : 12.000 r.

29 mars 1931 : Exeat.

OBSERVATION IX.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme S... (M), âgée de 53 ans, entre, le 22 juin 1932, parce qu'elle perd depuis trois mois.

Passé génital tout à fait normal; réglée à 12 ans, règles toujours très normales; deux enfants vivants, bien portants. Une fausse couche de deux mois, il y a six ans; ménopause l'an dernier. Depuis trois mois, perd tous les quatre ou cinq jours. Petites pertes fétides, roussâtres, provoquées par le contact et les efforts. N'a jamais souffert, ressent simplement une sensation de pesanteur à la fatigue.

Examens (23 juin 1932). — Abdomen volumineux, hernie ombilicale admettant la pulpe de l'index. Lorsque la malade fait effort, la hernie atteint le volume d'une cerise. A la palpation de l'abdomen, le palper ne détermine aucune douleur.

Examen vulvaire : Rectocèle et cystocèle légère.

Toucher vaginal :

- a) Col volumineux, dont la lèvre antérieure est hypertrophiée, dure et ulcérée. Orifice assez ouvert, lèvre postérieure souple, sauf au niveau de la commissure droite où elle présente une légère induration. Les culs-de-sac vaginaux sont souples, sauf le cul-de-sac gauche, qui est légèrement empâté, le cul-de-sac droit un peu douloureux.
- b) Corps un peu volumineux en antéro et latéro-position droite indolore. Pas d'annexes perceptibles; dans le Douglas, rien à signaler. L'utérus est mobile et descend parfaitement bien à la poussée.

Toucher rectal : Le paramètre gauche est un peu induré.

Examen au spéculum : Col nettement bourgeonnant et néoplasique; biopsie positive.

Appareil pulmonaire :

Inspection : Lipome au niveau de la 9^e vertèbre dorsale, du volume d'un œuf de pigeon;

Percussion : Rien d'anormal;

Auscultation : Respiration d'emphysémateuse;

Cœur : Au foyer mitral, petit souffle systolique;

Dans l'aire cardiaque, on trouve un souffle rude, essentiellement variable avec la position de la malade, donc extracardiaque :

Tension artérielle, 15-8 1/2;

Analyse du sang : urée, 0, 17 p. 1.000;

Albumine, traces;

Glucose, 00;

Acétone, 0.

Bordet-Wassermann : Réaction négative.

Le 27 juin 1932, Wertheim par le docteur Villar; durée : deux heures; opération très difficile, à cause de l'obésité de la malade et de l'infection d'une grande partie du paramètre gauche qui rend pénible la dissection de l'uretère de ce côté.

Suites opératoires. — La malade semble se réchauffer assez rapidement, le pouls est bien frappé. A 3 h. 1/2, sans prodromes, mort subite.

Examen histologique de la pièce : Epithélioma atypique infecté.

OBSERVATION X.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme R..., 51 ans, sans profession, entre dans le Service de M. le Professeur Guyot, le 13 octobre 1932, parce qu'elle perd du sang.

En février 1932, s'installent chez la malade de petites pertes rougeâtres, spontanées, non accompagnées de douleur, se produisant à n'importe quel moment, presque continues et très abondantes, non fétides, mêlées quelquefois à des pertes blanchâtres plus ou moins séreuses.

En septembre 1932, l'hémorragie devient plus abondante, avec de gros caillots noirâtres; elle dure trois jours et répand une odeur fétide. Cependant, on ne note pas de signes généraux; pas de vertiges, pas de syncopes, pas de vomissements.

Père décédé de paralysie. Mère décédée d'embolie. Deux frères vivants, bien portants. Deux sœurs, dont l'une est morte à 42 ans des suites d'une opération pour salpingite double, l'autre à 25 ans, après un vomissement de sang. Premières règles à 14 ans 1/2. Depuis cet âge jusqu'à 28 ans, date de la première grossesse, la malade présentait toujours un retard des règles. A 20 ans, crise d'anémie, chlorose. A 24 ans, pertes blanches; pas de règles pendant un an. A 28 ans, première grossesse, une fille; accouchement normal, allaitement maternel. A la suite, disparition des règles pendant onze mois. A 31 ans, deuxième grossesse, un fils; accouchement normal, allaitement maternel. A 33 ans, troisième grossesse, 1 fils; accouchement normal, allaitement naturel; l'enfant meurt, âgé de 20 jours, au cours d'une bronchite capillaire. A 43 ans, disparition des règles, précédée d'irrégularités, de retards atteignant jusqu'à trois mois.

Examen (14 octobre 1932). — Lorsqu'elle entre dans le Service, c'est une malade au facies amaigri, au teint jaune paille, qui déclare cependant bien se porter, avoir bon appétit et ne pas souffrir.

Au toucher vaginal, le fond du vagin est occupé par une vaste ulcération qui saigne facilement et a envahi le cul-de-sac postérieur. Le museau de tanche est en grande partie effondré. L'infiltration des culs-de-sac et des paramètres est surtout en arrière et à gauche. La mobilisation utérine est indolore et nettement diminuée. L'examen des autres appareils est négatif.

Le 5 novembre : Biopsie. Réponse : Epithélioma pavimenteux atypique.

Le 10 novembre : Exeat et transfert au Centre Bergonié.

Analyse d'urine du 15 octobre :

Albumine, 0,30;

Glucose, 0;

Acétone, 0;

Sédiment, sang.

Fondation Bergonié (n° 32.460).

Examen du (12 novembre 1932). — Abdomen : Pas de tumeur perceptible.

Toucher vaginal : Gros col dont le pourtour forme une véritable carapace et dans l'orifice duquel l'extrémité de l'index est introduite. Symphyse de tous les culs-de-sac, induration du cul-de-sac postérieur; on note un certain degré de mobilisation utérine. Corps utérin moins dur, le bas-fond est perceptible un peu à droite et à quatre travers de doigt, au dessus de la symphyse.

Toucher rectal : Volumineuse saillie formée par la tumeur cervicale, en arrière et surtout à droite; cette tumeur est très bosselée. Symphyse du paramètre droit; à gauche, le paramètre, est plus libre; la malade perd beaucoup de sang.

Spéculum : Cratère au fond du vagin occupé par une ulcération bourgeonnante. Hystérométrie très aléatoire : 4 cm. 5;

Biopsie : Réponse du laboratoire le 17 : Epithélioma baso-cellu-

laire. Mitoses peu nombreuses. Stroma fibreux. Dans certains territoires, l'épithélioma est du type intermédiaire (Sabrazès).

Conclusion : Epithélioma cratériforme du col, troisième degré.

14 novembre : Urée du sang, 0 g. 46 p. 1.000.

15 novembre 1932 : Pose de radium :

1 colpostat : 10 10 10;

1 bouchon : 10 10 10;

D. J. : 4,8 mcd.

Tension, au Pachon : Mx, 15; Pe, 10; Io, 2,5; Mn, 7.

20 novembre 1932 : Ablation du radium :

D. J. : 4,8 mcd;

D. T. : 24 mcd.

Du 1^{er} décembre au 22 décembre : Radiothérapie : 20 séances de 60 minutes; 4 champs : abdominal droit : 3.005 r.; gauche : 2.990 r.; 4 champs : sacré droit : 2.995 r.; gauche : 3.000 r.

Dose totale : 11.980 r.

16 février 1933 : Vagin scléreux, dans le bord duquel persiste encore une petite zone non cicatrisée.

16 mai 1933 : Fond du vagin encore induré.

Spéculum : La muqueuse paraît saine.

27 juillet 1933 : Bonne cicatrisation cervico-vaginale. Petites plaques de leucodermie de chaque côté des grandes lèvres. Bon état général.

9 novembre 1933 : Vagin souple avec symphyse vaginale profonde. A signaler une petite ulcération du côté droit ayant les dimensions d'une lentille, saignant légèrement au contact de la pince; ne présente, à l'heure actuelle, aucun caractère néoplastique. Paramètre gauche souple, paramètre droit induré.

3 mai 1934 : Petite ulcération à droite persistante n'ayant aucun caractère néoplasique. Symphyse vaginale. Vagin en entonnoir régulier. Col non perceptible. Paroi recto-vaginale très souple. Culs-de-sac souples. Utérus mobile. Bon état général et local.

OBSERVATION XI.

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme A..., 53 ans, tailleuse, entre parce qu'elle souffre du bas-ventre et qu'elle a eu deux petites hémorragies par le vagin en faisant effort pour aller à la selle.

Mère décédée de congestion pulmonaire. Père décédé d'entérite. Une sœur, 64 ans, vivante et bien portante. Rougeole dans l'enfance. Date des premières règles : 13 ans. Toujours bien réglée jusqu'à 51 ans; pas de pertes, pas de fausses couches. Deux enfants, deux filles, de 30 et 24 ans, toutes deux bien portantes.

Fin mai 1932 : La malade se trouve constipée, a de faux besoins avec douleurs dans le bas-ventre. Constipation opiniâtre résistant à de nombreux purgatifs.

8 juin 1932 : Consulte le docteur Vautrin, qui prescrit des cachets et de la bourdaine; pas d'amélioration.

Fin juin 1932 : En allant à la selle, première hémorragie vaginale très peu importante (sang rouge vermeil), sans caillots, non fétide; consulte alors le docteur Declu, qui prescrit des injections.

1^{er} septembre 1932 : Envoyée par le Docteur Vautrin au Dispensaire de la Compagnie du Midi, le Docteur Lafon lui conseille le port d'une ceinture abdominale, ce qui n'amène aucun changement dans les symptômes présentés.

15 septembre 1932 : Après une deuxième petite hémorragie, toujours produite par les efforts de défécation, la malade revient au Dispensaire du Midi où le Professeur Rivière l'examine, et le 12 octobre 1932, sur ses conseils, elle se présente à la consultation de M. le Professeur Guyot.

15 octobre 1932 : Entre dans le service. Malade en assez bon état général, sans amaigrissement sensible, mais teint pâle et terreux, appétit léger mais conservé. La date de ses dernières règles remonte à cinq mois : avril 1932.

25 octobre : *Examen* : Toucher vaginal : Utérus : Mobilisation indolore, mais diminuée, cul-de-sac latéral droit très profond, très souple. Cul-de-sac latéral gauche, infiltration manifeste.

Toucher rectal : Paramètre gauche infiltré : induration en forme de cordon allant du col à la paroi pelvienne.

Biopsie : Réponse : Epithélioma pavimenteux du type spino-cellulaire.

10 novembre 1932 : Transeat au Centre Bergonié.

Fondation Bergonié (n° 32.462).

Examen (12 novembre). — Malade en bon état général, n'aurait pas maigri, appétit conservé, constipation.

Appareil respiratoire : Rien à signaler.

Appareil circulatoire : Rien à signaler.

Abdomen : Rien à signaler.

Toucher vaginal : Col un peu échancré dont le pourtour est induré; les culs-de-sac sont souples, sauf le gauche; l'utérus mobile.

Toucher rectal : Le col forme, en arrière, une volumineuse tumeur bourgeonnante, bosselée, qui est allongée vers le paramètre et la paroi pelvienne gauche. La tumeur s'étend, en arrière, vers l'isthme. Paroi rectale souple, présente du sang au toucher vaginal.

Spéculum : Forme ulcéro-infiltrante. L'orifice cervical apparaît étoilé et saignant. La muqueuse vaginale, à son voisinage, est soulevée, comme œdématiée. Le fond du cratère est occupé par des bourgeons sur la superficie d'une pièce de 2 francs.

Double prélèvement biopsique.

Réponse du Laboratoire, le 17 novembre 1932 : Epithélioma baso-cellulaire. Etat fibreux du stroma.

Conclusion : Epithélioma ulcéré infiltrant du col; propagation paramétriale gauche. Deuxième degré avancé.

15 novembre 1932 : Pose de radium :

Un colpostat : 10 10; D. J. : 3,2 mcd.

Tension au Pachon : Mx, 12; Pe, 10; Io, 4; Mn, 7.

16 novembre 1932 : Un bouchon : 10; D. J. : 4,8.

Du 5 au 24 décembre 1932 : Traitement radiothérapique en 20 séances; 4 champs : 2 abdominaux (droit et gauche); 2 sacrés (droit et gauche).

Dose par champ : 3.000 r.

Dose par séance : 600 r.

Dose totale : 12.000 r.

Le 27 décembre 1932, est envoyée du Centre anticancéreux, à la consultation de Boursier.

Diagnostic : Epithélioma du col forme ulcéro-infiltrante type baso-cellulaire. Traitée par une pose de radium, suivie de roëntgenthérapie, est en bon état local et général.

Le 27 décembre 1932, on constate, au toucher vaginal, une souplesse absolue des culs-de-sac. La saillie du col a disparu; on trouve à sa place une cicatrice non indurée qui présente à sa partie supérieure un petit nodule un peu résistant. Indolence complète.

13 juillet 1933 : Etat local bon; autrement, rien à signaler.

OBSERVATION XII.

(Service de M. le Professeur Guyot.)

Mme B..., 60 ans, entre à l'hôpital, le 15 juin 1933, pour des pertes de sang et des douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents. — Mère vivante, âgée de 89 ans. Père décédé, à 59 ans, d'une congestion pulmonaire. Trois frères, deux tués à la guerre, un décédé de maladie cardiaque, une sœur bien portante. Dans l'enfance, oreillons et rougeole; à 20 ans, pleurésie gauche, bronchites tous les hivers. Mariée à 20 ans; son mari a été bien portant toute sa vie, est mort, il y a six mois, après un an de maladie, probablement d'un néo de l'estomac. A eu trois enfants : deux filles, actuellement vivantes et bien portantes, et un fils tué à la guerre. A été réglée pour la première fois à 13 ans; depuis, règles régulières mais abondantes (huit jours). A présenté des pertes jaunes et une descente de matrice. Ménopausée à 45 ans; depuis cette époque, apparition de fluxions articulaires fugaces ayant frappé successivement diverses grosses articulations.

Au mois de décembre 1932, la malade s'est aperçue, par deux fois, qu'elle présentait des pertes de sang qu'elle a attribuées à de la fatigue. Du mois de décembre au mois de mai, plus de pertes de sang, mais légères douleurs dans le bas-ventre.

Au mois de mai, sans aucune cause apparente, réapparition des pertes de sang qui durent huit jours et sont assez abondantes.

A partir de ce moment, les douleurs se font plus marquées dans le bas-ventre, avec tiraillements dans la région lombaire et irradiation dans les cuisses. Sur ce fond de douleur se greffent, à certaines heures (11 heures et 18 heures), des crises plus violentes. Depuis le début du mois de juin, petites pertes de sang rouge; la malade prend des injections qui provoquent des pertes. Pertes également quand la malade allait à la selle et qu'elle attribuait à des hémorroïdes. Des pertes roussâtres et fétides n'ont pas été observées.

Actuellement, depuis que la malade est au repos, elle ne présente plus de pertes. Depuis qu'elle commence à souffrir, elle dit avoir maigri.

Examen : Appareil pulmonaire : A l'auscultation, respiration rude au sommet gauche, diminution du murmure vésiculaire du sommet droit.

Appareil cardiaque : Tension artérielle : Mx, 10,5; Mn, 5,5; Pe, 8; Io, 1.

Appareil urinaire : Urine claire et peu abondante; pas de douleur à la miction.

Appareil digestif : Constipation habituelle.

Examen génital : Région lombaire : Rien à signaler.

Abdomen : Région appendiculaire : Rien à signaler. Région sous-ombilicale : très douloureuse et dure.

Fosses iliaques : gauche : Rien à signaler; droite : Un peu empâtée et douloureuse.

Toucher vaginal : Le col est dur, avec une déchirure à gauche; au niveau de la lèvre antérieure et de la commissure droite, on perçoit une masse irrégulière se prolongeant dans le cul-de-sac droit et la cavité cervicale; elle est constituée par des nodules durs et lisses; le col n'est pas mobilisable. Les culs-de-sac droit et postérieur sont peu profonds, durs et très douloureux. Le cul-de-sac gauche est plus profond, moins dur et moins douloureux. Le corps utérin ne peut être perçu nettement du fait de la contracture de la paroi abdominale.

Toucher rectal : on sent nettement les ligaments utéro-sacrés souples et ne paraissant pas infiltrés.

Intervention.

Opération de Cotte pratiquée le 30 juin 1933.

Opérateurs : M. Villard, Erbeles, Courriade.

Température des instruments, 150 degrés.

Température des champs et compresses, 133 degrés.

Suites opératoires : Eucalyptine-morphine, spartéine, sérum sous-cutané.

Température maxima, 37°8; pouls mou, 110.

Examen de laboratoire :

Urines : le 16 mars 1933, par litre :

Albumine, 0;

Glucose, traces;

Acétone, 0.

Le 28 juillet 1933, par litre :

Albumine, 0,03;

Glucose, 0;

Acétone, 0.

Sédiment : Quelques cellules épithéliales; rares leucocytes; très nombreux cristaux d'urates.

Bordet-Wassermann : Réaction négative les 17 juin 1933 et 31 juillet 1933.

Analyse du sang : urée, le 18 juin 1933 : 0 g. 30 p. 1.000; le 31 juillet 1933 : 0 g. 21 p. 1.000.

Examen histologique : Recherche des filets nerveux; on ne voit pas de filôts nerveux.

Sortie le 19 juillet 1933.

Transeat au Centre pour radium.

Fondation Bergonié (n° 33.255).

Entre à Bergonié le 19 juillet 1933.

Réponse : Epithélioma baso-cellulaire très envahissant.

Stroma riche en lymphocytes. Mitoses assez nombreux.

Roentgenthérapie du 1^{er} au 22 août : 2 champs abdominaux (gauche et droit); 2 champs sacrés.

Dose par champ : 3.000 r.

Dose totale : 12.000 r.

Le 24, mise en place de :

Un colpostat : 10 10 : 20;

Une sonde : 10 10 10 : 30;

D. J. : 8 mcd;

D. T. : 56 mcd.

Ablation le 31 août.

Exeat le 1^{er} septembre.

15 novembre 1933 : Au fond du vagin, recessus nécrotique. Il en sort du pus en assez grande quantité.

OBSERVATION XIII.

B... (Antoinette), âgée de 60 ans, est envoyée par le Docteur Fournier pour des hémorragies d'origine utérine.

Père mort à 60 ans d'une affection indéterminée, mère à 82 ans. Une sœur vivante et bien portante. Aucune maladie; constipation habituelle; réglée à 14 ans très peu abondamment; les règles durent deux jours. Mariée à 21 ans, n'a jamais présenté ni pertes blanches ni pertes jaunes. Mère, à 23 ans, d'un enfant vivant et bien portant. La grossesse et ses suites, furent normales : pas de déchirures du col utérin ni du périnée. Ménopause à 36 ans.

Il y a sept ou huit ans (?) que la malade perd quelques gouttes de sang, d'origine utérine ou vaginale, en allant à la selle; ces pertes apparaissaient de façon irrégulière et n'étaient pas douloureuses. Par ailleurs, bon état général. Depuis quinze jours, ces pertes ayant augmenté d'abondance, la malade consulte le Docteur Fournier et le Docteur Villar, qui l'envoient dans le service de M. le Professeur Guyot.

Examen : A l'inspection, abdomen souple, flasque. Paroi très

relâchée. A la palpation, aucun point douloureux, ni dans les fosses iliaques, ni dans la région hypogastrique. On perçoit une anse sigmoïde bourrée de matière. Au niveau de l'aîne, à droite, rien; à gauche, un ganglion de la grosseur d'une fève. Au toucher vaginal, le col est de situation normale, volumineux, en chou-fleur entrouvert. Les doigts perçoivent des formations bourgeonnantes sur les deux lèvres. Cul-de-sac gauche empâté, droit antérieur et postérieur souple. Le doigt ramène du sang d'odeur fétide. Au toucher rectal : cloison recto-vaginale souple.

On diagnostique un néo du col utérin avec atteinte du paramètre gauche. La biopsie est pratiquée le 16 août 1933. Epithélioma de type intermédiaire au sein d'un stroma infiltré de sérosité sanguine et de leucocytes nombreux. Phénomènes de dyskératose.

Autres examens :

Réaction de Meinicke, négative;

Réaction de Kahn, négative.

Urines :

Urée : 0 g. 21 p. 1.000;

Albumine : 0,04;

Glucose : 0;

Acétone : 0.

Autres appareils : Poumons normaux. Cœur : 1^{er} bruit prolongé; 2^e bruit normal.

Tension artérielle : Mx, 19; Mn, 9; Pe, 9; Io, 4.

Traitement médical : La malade refuse le transeat en radium-thérapie le 17 août 1933.

Fondation Bergonié (n° 33.340).

Entre le 12 octobre 1933, sur les conseils du Docteur Fournier.

Examen :

Toucher vaginal : Parois vaginales souples. Les culs-de-sac ont perdu leur souplesse. Le col est gros, hypertrophié, et présente un orifice élargi dans le sens transversal, à bords indurés, admettant la pulpe du doigt. La malade saigne au moindre contact.

Toucher rectal : Le paramètre droit est légèrement envahi. Le

corps est de volume normal. L'utérus a perdu un peu de sa mobilité.

Spéculum : Ulcération recouvrant le museau de tanche, s'étendant un peu sur la paroi vaginale antérieure et paraissant se continuer dans le canal cervical. L'orifice du col est déformé, comme il a été dit ci-dessus. Il semble rejeté en arrière, il n'est préalable que du côté du cul-de-sac droit. L'hystérométrie prudente donne 3 cm.

Une biopsie a été pratiquée : Réponse : Epithélioma type intermédiaire, muciparité des glandes.

25 octobre 1933 : Traitement radiothérapique : 3 champs abdominaux médian (droit et gauche); 3 champs sacrés médian (droit et gauche).

Dose par champ : 3.000 r.

Dose totale : 12.000 r.

5 décembre 1933 : Hystérométrie, 3 cm., n'a pas gagné après roentgenthérapie. Pas d'infection locale clinique.

7 décembre : Pose d'un bouchon : 10.

Dose totale : 32,4.

27 décembre : Exeat en pleine réaction.

Etat général satisfaisant.

Examen de laboratoire :

Urée sanguine : 0,25 p. 1.000;

Urines, albumine : 0,10;

Sucre : 0;

Acétone : 0.

Deuxième biopsie, le 17 octobre : Epithélioma baso-cellulaire. Stroma cedématié, quelques lymphocytes.

OBSERVATION XIV

(Service de M. le Professeur GUYOT.)

Mme P..., âgée de 57 ans, journalière (Paillet, Gironde), entre, le 21 août 1933, envoyée par le Docteur Onis, pour des pertes de sang chez une femme ménopausée depuis dix ans.

Père mort à 80 ans.

Mère vivante et bien portante, âgée d'environ 80 ans. Trois frères bien portants; deux sœurs, dont une morte de suites de couches.

Bronchite dans le jeune âge. Réglée pour la première fois à 14 ans; ses règles duraient de deux à trois jours, assez abondantes, quatre à cinq serviettes par jour. Mariée à 25 ans, a eu deux enfants, actuellement bien portants. Ménopause à 47 ans.

Depuis quatre mois, la malade éprouve des douleurs dans la région lombaire et le bas-ventre, surtout du côté droit; depuis quelque temps, elle éprouve de la lassitude, de la fatigue des membres inférieurs.

Il y a dix jours, elle a été prise de pertes de sang rouge (dix serviettes). Le docteur Onis, appelé, donne des soins, arrête l'hémorragie, diagnostique un néo du col au début et envoie la malade dans le Service de M. le Professeur Guyot.

Examen. — Etat général parfait. Au toucher vaginal, néo du col à forme ulcéreuse. Corps et antéflexion, culs-de-sac latéraux un peu empâtés, surtout le droit. Le toucher rectal montre une infiltration d'ailleurs peu marquée du paramètre droit.

Appareil cardio-pulmonaire :

Tension artérielle :

maxima, 13;

minima, 6;

pression efficace, 8.

indice, 3,5.

Léger œdème des membres inférieurs, où l'on note d'ailleurs quelques paquets variqueux; sinon, rien à signaler.

Examen des urines :

Albumine, 3 ctg.;

Glucose et acétone, 0;

Urée du sang, 0,25 p. 1.000;

Constante d'Ambard, 0,066.

Chlore sanguin :

Globulaire, 1,40;

Plasmatique, 2,60.

Réserve alcaline, 60,20 en CO_2 p. 100.

Opération (24 août 1933). — Anesthésie à l'éther, opération de Wertheim. Dissection de l'uretère droit assez facile, dissection de l'uretère gauche beaucoup plus difficile, en raison de l'hémorragie très abondante qui accompagne cette dissection. Section de vagin très basse, mise en place d'un drain et d'une mèche de vagin, Mikulicz.

Suites opératoires. — Après l'ablation du Mikulicz, on constate un écoulement d'urine abondant par la plaie opératoire. L'épreuve du bleu de méthylène montre qu'il s'agit d'un écoulement vésical; mise en place d'une sonde à demeure qui fait disparaître l'écoulement d'urine par la plaie opératoire.

Le 24 août 1933, on fait à la malade 1 lit. $1/2$ de sérum physiologique. Température, 38 degrés.

Examen des urines :

Albumine, 0,03;

Glucose, 0;

Acétone, 0.

Le 25 août 1933, sérum physiologique, 1 litre. Température, 37 à 38 degrés.

Urines avec :

Albumine, 0,22;

Glucose, 0;

Acétone, 0.

Le 26, température, 37°8, 37°4. Sérum, 1 litre.

Urines, 800 cm^3 avec :

Albumine, 0,09;

Glucose, 0;

Acétone, 0.

Chlore sanguin :

Globulaire, 0,75;

Plasmatique, 3,63.

Urée : 0,75 p. 1.000.

Le 29 août 1933, urée du sang, 0,44 p. 1.000.

Constante d'Ambard, 0,058.

Chlorures sanguins :

Chlore plasmatique, 2,50;

Globulaire, 1,20.

Urines : Rien à signaler.

L'examen histologique de la pièce montre qu'il s'agit d'un épithélioma baso-cellulaire assez envahissant, avec réaction du stroma plutôt fibroblastique.

Sortie le 24 octobre 1933.

CONCLUSIONS

I. — *Du point de vue étiologie.*

Contrairement à l'opinion ancienne, le cancer du col utérin n'est pas exclusivement un cancer de la ménopause, mais seulement plus fréquent à cette époque; cette fréquence, encore assez élevée dans les années qui suivent la ménopause, va en diminuant progressivement.

Quant aux perturbations entraînées par la ménopause au niveau du col, telles l'hyperplasie des cellules, les modifications vasculaires, il est logique de penser, sans pouvoir le prouver nettement, qu'elles sont favorables au développement du cancer.

Au contraire, l'évolution scléreuse des tissus du col chez les femmes âgées constitue, comme on l'a dit pour certains squirrhes du sein, une véritable barrière défensive contre l'extension des épithéliomas.

II. — *Du point de vue clinique.*

Distinguons le cancer au voisinage de la ménopause et après la ménopause. Au voisinage de la ménopause, les grandes hémorragies, le ramollissement du col, l'apparition de polypes muqueux, entraînent des difficultés de diagnostic que seule la biopsie pourra redresser.

Après la ménopause, la symptomatologie est tout à fait classique et le toucher, en général, suffira, si l'on excepte les variétés endocervicales où le curettage biopsique sera nécessaire.

III. — *Du point de vue pronostic.*

Celui-ci est fonction du stade de l'évolution clinique où se trouve la malade. Cette évolution ne subit pas de modifications notables après la ménopause. Autrement, le pronostic est peut-être assombri par l'âge de la malade et la diminution concomitante des moyens de défense naturelle de l'organisme.

IV. — *Du point de vue traitement.*

Celui-ci, dans sa technique ni dans ses résultats, ni même dans ses indications, ne présente de grandes particularités. Signalons qu'étant donné l'âge de la malade, la curiethérapie est plus employée, mais peut présenter certaines difficultés pour être appliquée correctement en fonction de certaines sténoses cicatricielles infranchissables.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*

Le Président,

PIERRE MAURIAC.

J. GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 14 décembre 1934.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉGOUIN. — Traitement des cancers utérins par l'hystérectomie abdominale élargie. *Bordeaux chir.*, 1^{er} avril 1930.
- Cancer du col avec col mou faisant croire à une grossesse. Soc. d'obst. et de gyn. de Bordeaux, mars 1933.
- COTTE. — Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.
- CROSSEN. — Traitement du cancer du col. *Journ. of the Amer. medic. Assoc.*, 24 déc. 1932.
- DAILY. — *The Journ. of the Amer. medic. Assoc.*, n° 24, 12 déc. 1931.
- DUCUING. — Précis de cancérologie. Edit. Masson et Cie, Paris, 1932.
- Métrorragies après la ménopause. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, janv. 1932.
- DUCUING et GUILHEM. — Classification des cancers du col de l'utérus. Soc. d'obst. et de gyn. de Toulouse, déc. 1931.
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de gynécologie. Edit. Baillière, 1927.
- GAUTROT. — Les états précancéreux du col de l'utérus. Thèse de Paris, 1930.
- GENIN. — Les états précancéreux du col de l'utérus. Thèse de Bordeaux, 1925.
- GOSSET et WALLON. — Curiethérapie des cancers du col de l'utérus. *Gynécologie et obstétrique*, 1931, t. XXIV.
- GUNSETT. — Le traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, 1928.
- GUYOT. — Résultats d'intervention sur le sympathique pelvien en gynécologie. Congrès français de chirurgie, 1929.

- GUYOT, MAILHE et MAHON. — Epithélioma du col, ayant dépassé les limites de l'opérabilité. Hystérectomie subtotale et curiethérapie. Soc. d'obst. et de gyn., Bordeaux, janv. 1930.
- HEALY. — Traitement du cancer du col de l'utérus. *Annals of surgery*, january 1931.
- Cancer du col de l'utérus. *The Journ of the Amer. medic. Assoc.*, 5 déc. 1931.
- JEANNENEY. — Le cancer. Maloiné, édit., Paris, 1931.
- JEANNENEY et VANGERMEZ. — Sténoses cicatricielles du rectum consécutives au traitement curiethérapique du cancer du col. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 janv. 1929.
- FAURE (J.-L.). — Cancer de l'utérus. Bibliothèque du cancer. Doin, édit., 1925.
- Résultats éloignés des opérations précoces dans le cancer du col de l'utérus. *Bull. de la Soc. d'obst. et de gyn.*, mai 1932.
- La guérison définitive du cancer du col utérin par l'opération précoce. *Presse médicale*, 16 avril 1932.
- LABORDE (S.) et WICKHAM. — La radiothérapie du cancer du col de l'utérus au Centre anticancéreux de la banlieue parisienne. *Bull. de l'Assoc. française pour l'étude du cancer*, juill. 1931.
- LACASSAGNE. — Evolution et orientation des techniques en radiothérapie des épithéliomas cervico-utérins. Congrès internat. de radiol., Zurich, 1934.
- LACOSTE. — Contribution à l'étude du traitement curie et röntgenthérapique du cancer du col utérin (Statistique du Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest). Thèse de Bordeaux, 1934.
- LECÈNE et LERICHE. — Thérapeutique chirurgicale. Masson, édit., 1926.
- LEVEUF. — L'envahissement des ganglions dans le cancer du col de l'utérus. *Bull. de l'Assoc. française, pour l'étude du cancer*, avril 1933.

- MENETRIER. — Cancer : formes et variétés des cancers et leur traitement, 1927.
- MONOD. — A propos du traitement du cancer du col utérin. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chirurgie*, 1931.
- MOULOUGUET et DOBKEVITCH. — Appareil génital de la femme. Edit., Masson et Cie, 1931.
- NORRIS. — The menopause. *The Americ. Journ. of obst. and gynec.*, juin 1919.
- PARLITCH. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la symptomatologie du cancer du col de l'utérus. Thèse de Paris, 1912.
- REGAUD. — Les données capables d'orienter pratiquement la lutte contre le cancer du col. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 25 juill. 1931.
- Traitement des cancers du col de l'utérus par les radiations. Résultats éloignés obtenus à l'Institut du radium de Paris. *Lyon chir.*, nov.-déc. 1931.
 - Comparaison des valeurs curatives de l'hystérectomie et des méthodes radiothérapiques dans le traitement des épithéliomas cervico-utérins du premier degré. *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 3 mai 1932.
- ROGER. — Physiologie. Edit., Masson, Paris, 1926.
- ROUSSY. — Le cancer. Edit., Masson et Cie, Paris, 1929.
- SCHAFER. — Ueber das Alter beim Menstruation beguinn. *Arch. für Gynec.*, 1908.

